N° 102.

OBSERVATIONS

DE

PHTHISIES PULMONAIRES,

SUIVIES

DE QUELQUES PROPOSITIONS SUR CETTE MALADIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 juin 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR GILBERT PEYRAUD, de Lyon,

Département du Rhône;

Élève interne de l'Hôtel-Dieu de la même ville.

Les maladies les plus communes sont celles qu'il importe le plus de connaître à fond.

BAYLE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, *Examinateur*.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉEIL. / ANDRAL, *Président*.
Pathologie et thérapeutique générale	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur*.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur*.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD, *Suppléant*. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

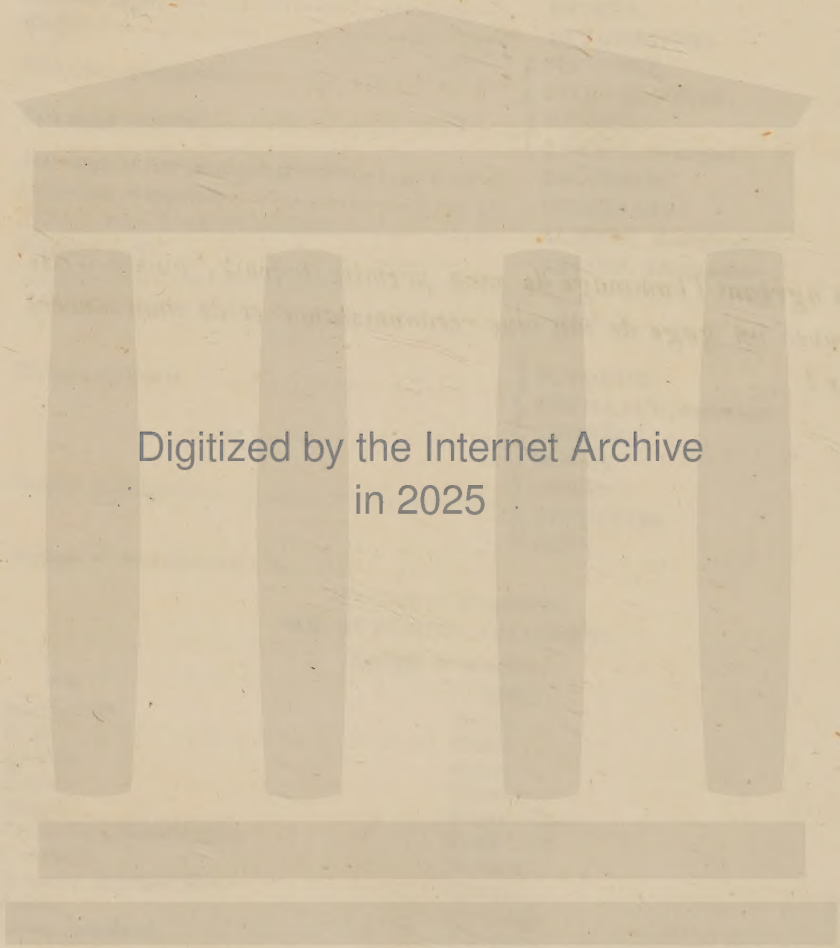
MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin-Solon.
Brongniart, *Examinateur*.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Devergie, *Examinateur*.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois, *Suppléant*.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA BONNE ET TENDRE MÈRE.

En agréant l'hommage de mon premier travail, puisse-t-elle y trouver un gage de ma vive reconnaissance et de mon sincère amour !

G. PEYRAUD.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/observationsdeph0004vari

AVANT-PROPOS.

Ce n'est pas sans de longues et pénibles hésitations que je me suis décidé à faire une thèse d'observations qu'en les recueillant j'avais crues d'abord destinées à ne servir qu'à mon instruction. Quel fait nouveau, me demandais-je, peut ressortir de nouvelles observations sur la phthisie pulmonaire ? Que dire d'intéressant sur une maladie qu'ont si bien fait connaître sous toutes ses formes les travaux de tant de pathologistes, couronnés par ceux de *Bayle*, de *Laennec*, et récemment de MM. *Andral* et *Louis* ? Mais une idée m'a rassuré ; il m'a semblé que le but de cette dissertation inaugurale n'était autre que de montrer à mes juges dans quel sens j'ai dirigé mes études médicales pour qu'ils puissent en conclure la direction que je suivrai dans la pratique de cet art que le divin vieillard de Cos trouvait si étendu, comparé à la brièveté de la vie. Attaché en qualité d'élève interne à l'un des premiers hôpitaux de France, j'ai dû me rappeler cette sentence de *Morgagni*, mise comme épigraphe en tête d'un livre dont la lecture m'a si souvent été utile (la Clinique médicale) : *Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quàm plurimas et morborum et dissectionum historias, tùm aliorum, tùm proprias, collectas habere et inter se comparare.* D'un autre côté, j'avais lu ces lignes par lesquelles *Bayle* commence son

ouvrage : *Les maladies les plus communes sont sans doute celles qu'il nous importe le plus de connaître à fond ; mais cette connaissance approfondie est surtout nécessaire lorsque ces maladies sont d'une nature assez grave pour entraîner une mort prématurée, ou pour changer les plus beaux jours de la vie en une suite non interrompue de maladies cruelles, de convalescences douteuses et de rechutes désespérantes.* Suivant ces préceptes, j'ai dû me livrer à l'observation, et choisir pour sujet principal d'études une maladie endémique, pour ainsi dire, dans ma ville natale, et qui se représentera si souvent à moi dans l'avenir. J'ai donc fait un choix parmi les observations que j'ai été à même d'en recueillir, et c'est ce choix que je présente aujourd'hui à mes juges : puisse-t-il mériter leur indulgence!

OBSERVATIONS

DE

PHTHISIES PULMONAIRES,

SUIVIES

DE QUELQUES PROPOSITIONS SUR CETTE MALADIE.

Ire. OBSERVATION.

Phthisie devenue apparente à la suite de la guérison d'une fistule à l'anus. Court amendement dans les symptômes par la réouverture de celle-ci.

Joséphine Demeure, âgée de trente ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'un caractère irritable, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle des 4 rangs, n°. 125), le 5 novembre 1831, accusant plus d'un an de maladie.

Cette femme, veuve depuis quelques années, exerçait un état pénible, habitait, dans l'une des rues les plus étroites de Lyon, un appartement sombre et humide, où jamais, disait-elle, le soleil n'avait pénétré; cependant elle avait toujours joui d'une santé assez bonne.

Sur la fin de 1829, elle fut opérée, à l'Hôtel-Dieu, d'une fistule à l'anus. C'est à cette opération qu'elle faisait remonter sa maladie. A peine la cicatrisation en eut été obtenue, qu'il se déclara un dévoiement qui depuis reparut à diverses reprises, mais jamais d'une manière continue; en même temps elle commença à tousser, surtout la nuit; de fréquentes hémoptysies eurent lieu, et les menstrues, qui jusqu'alors avaient paru régulièrement, se dérangèrent, et se supprimèrent enfin complètement. Lors de son entrée, elles n'avaient pas reparu depuis trois mois. Le 5 novembre 1831, elle était dans l'état suivant :

Demi-marasme. Toux, principalement nocturne, revenant par crises de demi-heure chacune, auxquelles succédait un violent mal de tête; expectoration visqueuse, mélangée de stries purulentes très-nombreuses, sanguinolente pendant quelques jours, chaque fois que la malade attendait inutilement ses règles. Les régions sous-claviculaires étaient également mates à la percussion, qui en général ne procurait de la sonoréité nulle part; respiration bronchique sous les deux clavicules, s'entendant dans un espace beaucoup plus étendu à gauche qu'à droite; pectoriloquie douteuse dans les mêmes points, plus marquée cependant à gauche; en arrière, le bruit respiratoire s'entendait bien dans tout le côté droit; à gauche, il était couvert par un râle muqueux à grosses bulles, abondant, surtout en haut: pas de pectoriloquie dans les deux sens. Transpirations nocturnes abondantes, souvent glacées; pouls dur et fréquent. Soif habituelle, appétit extrême. Diarrhée très-faible en ce moment. L'anus présentait à son pourtour plusieurs petites tumeurs dures, arrondies, séparées par des gerçures et des crevasses, desquelles suintait de la sérosité. Au côté droit de l'orifice du rectum, on sentait la cicatrice de la fistule, qui était dure et douloureuse au toucher. (Lait, tisane de guimauve et jujubes édulcorée avec le sirop capillaire; julep pectoral avec sirop de pavots ℥ j.)

Jusqu'au 21 novembre, cette malade n'offrit aucun changement dans son état; les crachats, toujours épais, visqueux, purulens,

adhéraient aux parois du crachoir; le gargouillement était très-abondant au sommet du poumon gauche, tant en avant qu'en arrière; mais la pectoriloquie était toujours douteuse.

Les événemens désastreux survenus à Lyon à cette époque exigèrent ma présence dans une des salles provisoires de chirurgie, et je cessai de la voir jusqu'au 6 décembre. A cette époque, je la trouvai mieux; la fistule à l'anus s'était rouverte, et livrait passage chaque jour à une grande quantité de matières purulentes. La toux était moins forte, plus rare, et ne paraissait que le soir; les crachats, moins abondans, étaient toujours épais et visqueux, quelquefois verdâtres, d'autres fois rouillés. La région sous-claviculaire gauche rendait à la percussion un son beaucoup plus mat qu'à droite; en arrière et à gauche il y avait encore de la sonoréité, mais cette épreuve y causait de la douleur. En auscultant, on entendait sous la clavicule gauche une respiration caverneuse s'accompagnant de grosses bulles de gargouillement, plus abondantes pendant la toux. L'une et l'autre disparaissaient à mesure qu'on descendait le stéthoscope vers le sein gauche, au-dessous duquel la malade accusait un point douloureux depuis quelques jours, et où il y avait absence de bruit respiratoire. Le même côté gauche, en haut et en arrière, présentait un gargouillement moins abondant qu'en avant. Dans les deux sens, la pectoriloquie était franche; à droite, le bruit respiratoire était faible en avant et en arrière. Les sueurs nocturnes étaient toujours abondantes. (Lait, bouillon de grenouilles; julep pectoral; un vésicatoire sur le point douloureux.)

Le 13 décembre, ce point douloureux s'était dissipé; la toux s'accompagnait d'une expectoration verdâtre, abondante; la respiration caverneuse et la pectoriloquie s'entendaient toujours sous la clavicule gauche, et ne s'accompagnaient pas de gargouillement. Le dévoiement était assez fort, et provoquait cinq à six selles par jour. L'écoulement par la fistule était toujours abondant. Dans les premiers jours de janvier 1832, cet écoulement se supprima tout à coup, et dès-lors l'état de la malade alla en empirant. Le 3, elle se plaignit de points dou-

loureux se faisant sentir spécialement à gauche; la toux devenait de plus en plus fréquente; l'abondance de l'expectoration ne diminuait pas, non plus que la diarrhée; la maigreur faisait des progrès rapides; le pouls était petit et dur. (Nouveau vésicatoire sur le point douloureux.)

Le 12, les points de côté s'étaient multipliés; la nuit précédente, la malade en avait ressenti un pour la première fois à droite. Tous les soirs, elle éprouvait un accès fébrile avec tremblement suivi d'une chaleur forte. La nuit se passait dans une insomnie absolue et une anxiété extrême. Le pouls était dur, plein, fréquent. Le 13, la suppuration des cautères et des vésicatoires se supprima; le malaise augmenta, l'expectoration amena un peu de sang; la malade était dans une sueur froide continuelle. Le 16, elle mourut après une agonie douloureuse de deux jours.

Autopsie cadavérique, faite le 17 janvier. Adhérence de toute la partie supérieure du poumon gauche à la plèvre costale, par le moyen de fausses membranes assez denses, qui restèrent appliquées sur la surface de l'organe en plaques très-blanches, presque opalines, quoique n'ayant pas la consistance de cartilage; la partie moyenne du même poumon adhérait à la plèvre par de fausses membranes encore molles et saignantes. Le reste de la cavité thorachique gauche était occupé par de la sérosité sanguinolente; les deux lobes du poumon gauche adhéraient entre eux. Au sommet du lobe supérieur existait une caverne allongée de haut en bas, capable de loger une grosse noix dans sa largeur, à moitié pleine d'un pus sanguinolent : aucune bride ne la traversait; ses parois, épaisses, d'une couleur noirâtre, avaient une consistance très-forte, et étaient difficiles à couper; elles étaient tapissées par une fausse membrane assez épaisse, mais très-molle, et qu'on enlevait facilement en bouillie en la râclant avec le dos d'un scalpel, ce qui permettait alors de les voir parsemées de granulations tuberculeuses très-petites, non encore ramollies, dont la blancheur contrastait avec leur couleur noire. En arrière et un peu au-dessous de cette caverne, en existait une autre bien plus étroite, mais beau-

coup plus allongée, qui s'étendait en serpentant jusqu'à la partie moyenne du lobe inférieur, envoyait des embranchemens en différens points du lobe supérieur, et communiquait avec la première caverne par un petit sinus s'ouvrant à la partie inférieure de celle-ci. Un pus sanguinolent remplissait toutes ces anfractuosités, dont les parois présentaient le même caractère que celles de la caverne supérieure, à l'exception toutefois de la fausse membrane intérieure. Le parenchyme du reste du lobe supérieur et de la moitié environ de l'inférieur était farci de tubercules, la plupart en suppuration, entremêlés de granulations demi-transparentes; mais la base de l'organe, encore crépitante, n'en contenait que très-peu et tous encore durs. Le poumon droit était libre de toute adhérence avec la plèvre, qui ne renfermait que peu de sérosité. Ses trois lobes adhéraient entre eux par de fausses membranes encore molles et rouges. Le lobe supérieur contenait à son sommet une petite cavité large comme une noisette, pleine d'un pus crêmeux, et dont les parois ne présentaient nullement cette densité si remarquable dans le poumon gauche. Le reste du lobe était plein de tubercules, les uns déjà ramollis, les autres encore durs. Les deux lobes inférieurs étaient parfaitement crépitans, engoués, et ne contenaient que peu de granulations.

Les bronches étaient remplies par un mucus abondant, de couleur jaunâtre, comme purulent : leur muqueuse était très-rouge. Celle du larynx et de la trachée-artère était parfaitement saine.

Le péricarde contenait tout au plus une cuillerée de sérosité sanguinolente. Le cœur était sain.

L'estomac était sain et le mésentère libre de tout tubercule. Les intestins ne présentèrent aucune ulcération dans toute leur longueur; mais, environ vers le tiers inférieur de l'intestin grêle, la muqueuse offrait une rougeur très-marquée, sans cependant que le ramollissement fût notable.

La dissection de l'anus montra l'orifice de la fistule situé au côté droit de celui-ci, et son trajet assez direct; elle remontait à un pouce

et demi environ avant de s'ouvrir dans l'intestin; elle était tapissée par une membrane lisse et parfaitement sèche.

Des tubercules existaient-ils déjà chez cette malade, au moment où elle fut opérée de la fistule? On sait que *Bordeu* a proclamé la fréquence des fistules à l'anus chez les phthisiques. On connaît le soin qu'apportent la plupart des chirurgiens modernes à constater si les malades affectés de fistules à l'anus ne le sont pas également de tubercules pulmonaires, et qu'ils indiquent cette coïncidence comme une contre-indication à l'opération. Enfin personne n'ignore que l'on est allé, dans ces derniers temps, jusqu'à proposer des instrumens propres à faire des fistules artificielles chez les phthisiques qui n'en avaient pas. Cependant *Laennec* dit avoir rarement observé cette coïncidence, et affirme qu'elle lui a paru le plus souvent n'avoir aucune influence sur la marche de la maladie des poumons. Respect aux opinions de ce grand maître! Cependant, sans avoir la prétention téméraire de les combattre, me sera-t-il permis de faire remarquer que dans le cas actuel il est plus naturel de croire que l'opération subie par Joséphine Demeure a activé la marche d'une phthisie encore latente, que de penser qu'elle a pu la produire? Et les premiers accidens ont suivi de si près la cicatrisation de la fistule, que, pour expliquer leur apparition, il faut adopter l'une ou l'autre de ces opinions. Que si l'on me reproche de faire une pétition de principes, et que l'on m'oppose ce *post hoc, ergò propter hoc*, avec lequel on peut combattre tout rapport possible de causes aux effets, et *vice versâ*, du moins ne pourra-t-on nier l'influence de la fistule sur la marche de la phthisie, en voyant celle-ci faire des progrès tant que la fistule reste close, les suspendre lorsqu'elle se rouvre et livre passage à une grande quantité de matière purulente, et lorsqu'elle se referme de nouveau reprendre un surcroît d'activité, et entraîner promptement le terme fatal. Mais en quoi a consisté la suspension des progrès de la phthisie pendant que la fistule est restée ouverte? Le mal qui était déjà fait n'a, certes,

pas rétrogradé. La caverne que l'on avait pu diagnostiquer le 5 novembre ne pouvait cesser d'exister; au contraire, elle se vidait, et la respiration caverneuse et la pectoriloquie y devenaient de plus en plus évidentes. Mais cette éruption secondaire de tubercules qui, suivant les remarques de *Laennec*, active toujours la marche de la fièvre hectique, et forme en quelque sorte le dernier coup sous lequel succombe le malade, cette éruption a été suspendue tant que la suppuration de la fistule a opéré une révulsion assez puissante pour empêcher son développement : alors la maladie ne faisant plus de nouveaux progrès, c'était déjà un premier pas fait vers la guérison.

La guérison ! ce mot magique, dernière consolation des malades dans leurs souffrances, et dont l'espoir les soutient encore lorsque les principales sources de leur existence sont déjà taries, ce mot devrait-il être prononcé en parlant de la phthisie pulmonaire? Jusqu'à *Laennec*, la guérison de cette terrible maladie avait toujours été crue impossible, en sorte que lorsque quelqu'un guérissait après en avoir présenté les symptômes, on croyait n'avoir eu affaire qu'à un catarrhe pulmonaire. Enfin *Laennec* fit connaître les cicatrices pulmonaires, démontra leur fréquence, et avança même qu'il était convaincu que très-peu de phthisiques succombaient à une première attaque de la maladie. Cependant, dans un ouvrage qui jouit à si juste titre de l'estime générale, M. *Louis* dit n'avoir jamais rencontré ce que *Laennec* prenait pour des cicatrices pulmonaires, et par ce seul résultat négatif détruit toute la théorie sur le mécanisme des guérisons dont les observations sont citées dans son ouvrage. Voici un cas où une cicatrice a été rencontrée chez un sujet qui avait rapporté avoir éprouvé, deux ans auparavant, une maladie tout à fait semblable à celle qui plus tard l'entraîna au tombeau.

II^e. OBSERVATION.

Phthisie récidivée après deux ans de guérison. Cicatrice d'une caverne au sommet du poumon droit.

Suzanne Perron, native de Genève, d'un tempérament lymphatique, avait eu pendant son enfance plusieurs abcès et des glandes scrophuleuses au cou. On lui avait fait au bras un cautère qu'elle garda seize ans, et qu'elle ne laissa clore qu'à l'âge de vingt-deux à vingt-trois ans, lorsqu'elle cherchait à se marier. A quatorze ans, la menstruation parut vouloir s'établir, et ce fut pour elle la cause de malaises nombreux et presque continuels, qui ne cessèrent qu'à dix-neuf ans, lorsque les règles eurent enfin pris un cours régulier. Devenue alors femme de chambre d'une dame de haute distinction, elle séjourna deux ans à Berne, et fit à sa suite de fréquens voyages en Savoie et en Suisse. Cette époque de sa vie est celle où elle jouit de la meilleure santé. Mariée à vingt-six ou vingt-sept ans, elle résida encore longtemps à Genève; mais dès-lors sa santé se dérangea notablement, et elle devint sujette à contracter tous les hivers de *gros rhumes* qui étaient très-longs, et ne passaient que difficilement. Plus tard, elle fut affectée d'une maladie excessivement longue, et tout à fait semblable à celle dont elle était atteinte lorsque je la vis : *c'était la même,* disait-elle. M. le docteur *Coindet* la guérit complètement, en lui faisant habiter la campagne, et en la mettant au lait de chèvre pour tout remède et même pour unique aliment. Elle ne se rappelait pas avoir jamais eu d'hémoptysie : la menstruation s'opérait toujours bien. Enfin, des malheurs domestiques la forcèrent à quitter sa patrie ; elle vint se fixer à Lyon, où bientôt elle tomba dans la misère la plus complète. Aussitôt, sa santé se dérangea, et les symptômes que M. *Coindet* avait si bien fait disparaître se montrèrent de nouveau après deux ans d'intervalle : la toux reparut, se prolongea et ne cessa plus; bientôt elle s'accompagna de crachats qui, d'abord

séreux et clairs, s'épaissirent peu à peu, et devinrent laids; des points douloureux se firent sentir dans la poitrine, tantôt à droite, tantôt à gauche, mais surtout entre les épaules, lieu qu'ils n'abandonnèrent plus; la toux revenant principalement la nuit, et ayant alors bien plus d'intensité que le jour, la malade dormait peu, et chaque nuit elle était en proie à des sueurs abondantes, froides et d'une odeur désagréable. Malgré un état aussi déplorable, elle continuait à travailler; mais sur la fin de décembre 1831, ses forces s'épuisèrent tout à coup, l'oppression augmenta, les crachats s'épaissirent, des accès de fièvre se manifestèrent tous les soirs; et, après avoir suivi pendant quelque temps les conseils d'un médecin de la ville, qui lui faisait prendre du sirop de lichen, elle entra à l'Hôtel-Dieu (salle Montazet, n° 11) le 24 janvier 1832 : elle avait alors trente-trois ans.

Le 25, elle était dans l'état suivant :

Amaigrissement extrême; toux fréquente, surtout la nuit; crachats purulens, visqueux, très-épais, ne se mélangeant pas entre eux, mais glissant les uns sur les autres quand on inclinait le vase qui les contenait; respiration fréquente et courte, voix assez claire; mais, après avoir dit quelques mots, la malade était obligée de reprendre haleine pendant un temps assez long, avant de continuer. Comme elle était trop fatiguée, on ne percuta pas la poitrine. Le stéthoscope appliqué sous la clavicule gauche fit entendre un gargouillement des plus abondans, diminuant à mesure qu'on se rapprochait du sein; la pectoriloquie était très-franche dans le même point; en arrière et à gauche il n'y avait pas de gargouillement; sous la clavicule droite, le gargouillement était aussi prononcé qu'à gauche, mais la pectoriloquie y semblait moins franche; en arrière et à droite, le gargouillement était des plus abondans, et s'entendait dans un espace très-étendu, depuis le sommet jusque vers la partie moyenne du thorax; mais la faiblesse de la malade rendant cet examen très-pénible pour elle, on n'eut pas le temps d'y constater la pectoriloquie. Le pouls était petit, dur, fréquent; les jambes n'étaient pas enflées. (Infusion

de fleurs pectorales, avec le sirop de mou de veau; lait, julep pectoral.)

Le 26, elle accusa un point douloureux dans le côté droit, et se plaignit de céphalalgie et de tournoiemens de tête; le soir, sur les quatre heures, il y eut un redoublement de fièvre sans frisson; la dyspnée augmenta, et la malade ne répondit plus que par signes aux questions qu'on lui adressait; le pouls, toujours petit, était d'une fréquence extrême. Ce redoublement de fièvre se manifesta ainsi tous les soirs, jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 28, après une agonie courte mais agitée, dans laquelle elle appelait à grands cris les ministres de la religion et les personnes de sa famille.

Autopsie cadavérique faite le 30 *janvier.* Demi-marasme. Adhérences très-fortes des deux poumons aux côtes, au moyen de fausses membranes déjà anciennes, et parfaitement organisées dans tout le côté gauche et dans la partie inférieure du droit; mais au sommet de celui-ci se trouvait une fausse membrane large, dense, comme fibreuse, d'une couleur jaunâtre, séparée de la plèvre costale par une légère couche de matière gélatineuse.

Le sommet du poumon droit présentait quelques inégalités à sa surface; en incisant sur elles, on découvrit une masse de tissu noirâtre, nullement crépitant, traversé en plusieurs sens par de fausses membranes blanches, d'une consistance très-grande, comme fibreuses: le tout ne dépassait pas le volume d'une noix. Immédiatement au-dessous se trouvait une vaste caverne de la capacité d'un gros œuf de poule, située près du bord postérieur du poumon; ses parois se trouvaient formées, en ce sens, presque uniquement par la fausse membrane pleurétique, et n'avaient là qu'une épaisseur de quelques lignes; leur tissu, d'une couleur noirâtre, était dur, difficile à couper, tapissé en dedans par une fausse membrane, molle et mince, qui s'enlevait en bouillie sur le dos du scalpel, et les laissait voir alors parsemées d'une infinité de petits tubercules complètement ramollis. La caverne était pleine d'un pus sanguinolent, aucune bride ne la traversait; dans le même lobe supérieur, on trouva encore deux

autres petites cavernes, dont l'une, très-longue, du diamètre du doigt, était aussi tapissée par une fausse membrane, et pleine d'un pus non sanguinolent; les deux lobes inférieurs du même poumon ne contenaient aucun tubercule, mais étaient fortement engoués.

Au sommet du poumon gauche était une petite cavité tuberculeuse de la capacité d'une noix, dont les parois n'étaient pas noires et dures comme celles de l'autre poumon, et n'étaient pas tapissées par une fausse membrane; le reste du lobe supérieur contenait un assez grand nombre de tubercules, la plupart ramollis et en suppuration, mais dont quelques-uns présentaient la consistance de petits graviers, et ne se laissèrent pas écraser entre les doigts; le lobe inférieur était sain et crépitant; la muqueuse du larynx et des bronches était saine.

Le cœur était volumineux, et les parois des deux ventricules présentèrent une hypertrophie notable; celles du gauche avaient au moins neuf lignes d'épaisseur, et celles du droit cinq ou six : les colonnes charnues de l'une et de l'autre étaient également très-épaisses; les cavités n'étaient pas dilatées d'une manière sensible, les orifices n'étaient nullement rétrécis; les valvules mitrale et tricuspide présentèrent quelques concrétions cartilagineuses dans leur épaisseur.

Je n'oublierai jamais une conversation que j'eus avec cette malheureuse femme la veille de sa mort : faible, abattue, ne respirant presque plus assez pour pouvoir parler, elle me dit qu'elle savait bien que sa mort était proche, et me pria en grâce de lui avouer combien de temps je présumais qu'elle eût encore à vivre. Quoique trop convaincu de la justesse de sa prévision, je fis tous mes efforts pour l'en dissuader; et, lui parlant de la guérison opérée par M. *Coindet*, je m'efforçai de lui faire entrevoir la possibilité d'un nouveau rétablissement, en lui disant que dès qu'elle serait un peu mieux, elle ferait bien de retourner à Genève, parce que l'air natal lui ferait probablement grand bien. A peine eus-je prononcé le nom de Genève, que je vis ses yeux à demi éteints se ranimer, sa voix déjà

expirante reprendre de la force, et elle se mit à m'entretenir avec feu de sa belle patrie, à me dépeindre les bords enchanteurs de ce lac délicieux, dont le souvenir est si riant à ceux qui l'ont vu une fois; les noms de Cologny, de Coppet, et des autres lieux qui bordent ses rives, se pressaient en foule dans son discours; l'idée de sa mort prochaine l'avait complètement abandonnée. L'infortunée! elle rêvait le retour dans sa patrie, et quelques heures après elle n'en avait déjà plus d'autre que celle qu'on n'abandonne plus jamais! C'est une chose qui a toujours frappé les médecins de tous les temps, que cette persévérance des phthisiques, même les plus avancés, à espérer leur guérison; et déjà dans les premiers siècles de l'ère chrétienne, *Arétée* de Cappadoce croyait l'expliquer en l'attribuant à l'insensibilité du poumon. (*Sprengel*, t. 2, p. 85.) Question futile, ce me semble; car dans quelle circonstance l'espérance abandonne-t-elle l'homme? Est-il besoin de chercher des raisons physiques pour expliquer sa conservation chez le mourant? Mais laissons là cette question morale, qui n'est pas de notre sujet.

Il suffit que l'existence d'une maladie antérieure de deux ans, et parfaitement semblable à celle qui a fait périr Suzanne Perron, soit constatée, pour qu'on ne puisse se refuser à en reconnaître les traces dans cette masse de tissu noirâtre non crépitant, et traversée en plusieurs sens par des membranes fibro-cartilagineuses, trouvée au sommet du poumon droit, et correspondant à des dépressions de la surface. En traitant le sujet des cicatrices pulmonaires, *Laennec* regrette extrêmement de n'avoir pu, dans la plupart des cas, recueillir des malades qui lui avaient offert à l'autopsie une disposition semblable, des renseignemens suffisans pour constater l'existence de la maladie antérieure, dont il n'hésitait pas cependant à la considérer comme le résultat. Ici, nous les possédons ces renseignemens, et ils méritent notre confiance, car les symptômes de la phthisie ne sont pas de ceux sur lesquels un malade puisse se tromper. D'ailleurs, comme tout s'explique bien en considérant ce tissu anormal comme une cicatrice! sa situation est celle ordinaire aux cavernes; la dépression de

la surface du poumon dépend de l'aplatissement de la caverne, dont la disparition n'a pu s'opérer que par le froncement et le tiraillement de toutes les parties environnantes; les lames fibro-cartilagineuses qui le traversaient en plusieurs sens sont les restes de la fausse membrane qui la tapissait, et qui s'est repliée sur elle-même par suite de son aplatissement; enfin, sa couleur noire n'est due qu'à un dépôt de la matière noire pulmonaire, si commune dans les glandes bronchiques, et, en général, dans les portions de parenchyme où la respiration et par conséquent l'hématose ne s'opèrent pas.

Mais s'il est aussi facile de reconnaître les cicatrices sur le cadavre, le sera-t-il autant de constater leur formation sur le vivant? Avant la découverte de l'auscultation, lorsque les signes généraux seuls guidaient le diagnostic, bien des phthisies ont dû être confondues avec des catarrhes pulmonaires; et même depuis cette époque, qui sera à jamais fameuse entre toutes les époques célèbres de l'art, l'anatomie pathologique, mieux cultivée, a fait reconnaître de nouvelles lésions complètement inconnues à nos devanciers, et desquelles il est souvent difficile de distinguer la phthisie : je veux parler de la dilatation des bronches. *Laennec*, MM. *Andral* et *Louis*, citent des observations où l'erreur de diagnostic a été commise, et où des bronches dilatées ont été prises pour des cavernes tuberculeuses. Moi-même je m'y suis laissé prendre plusieurs fois; mais je n'en cite pas les observations, parce que ce serait sortir de mon sujet, et parce que d'ailleurs une erreur de diagnostic de ma part ne pourrait pas prouver que l'erreur fût impossible. Depuis, j'ai une fois diagnostiqué avec justesse une dilatation de bronches, en me rappelant la remarque que fait M. *Louis*, qu'en général, dans la dilatation des bronches, la pectoriloquie n'est jamais aussi franche, et qu'il est rare qu'elle ne se fasse pas entendre dans un espace trop étendu pour qu'on puisse l'attribuer à une caverne; et qu'enfin elle s'allie presque toujours à une sonoréité de la poitrine, qui ne s'accorde guère avec la présence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire.

III^e. OBSERVATION.

Phthisie. Douleur au bas de la trachée-artère, correspondant à des ulcérations de cette partie. Tubercules très-petits dans le péritoine. Péritonite des derniers jours demeurée latente.

Didière Vincent, ouvrière en soie, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'Hôtel-Dieu (salle des 4 rangs, n°. 150) le 18 janvier 1832, accusant cinq à six mois de maladie. Cette fille avait eu au cou, pendant son enfance, beaucoup de glandes scrophuleuses qui suppurèrent. Réglée à dix-neuf ans, elle jouit alors d'une assez bonne santé. Un an environ avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle prit un bain de pieds un jour qu'elle avait ses règles: celles-ci se supprimèrent sur-le-champ, et depuis elles ne reparurent jamais. Cet accident n'amena aucun dérangement dans sa santé pendant plusieurs mois; aussi ne s'en inquiétait-elle nullement, lorsqu'une petite toux sèche se manifesta, fit des progrès et ne cessa jamais depuis. A aucune époque il n'y eut d'hémoptysie. Pendant l'été de 1831, elle fit une grande maladie; sa toux était compliquée de points douloureux dans les deux côtés de la poitrine. Elle entra à l'Hôtel-Dieu, où elle fut saignée d'abord; après quoi des sangsues lui furent appliquées. Les points de côté disparurent, mais la toux persista. Quelque temps après elle éprouva de fortes douleurs entre les épaules. Un médecin de la ville lui fit appliquer sur ce point un emplâtre, qu'elle garda long-temps et qui la soulagea. La toux n'en persévéra pas moins. Cependant la malade s'affaiblissait; toutes les nuits elle avait des sueurs excessivement abondantes, rarement froides, ordinairement d'une odeur forte et désagréable. Elle était assez sujette à ressentir des coliques, qui rarement s'accompagnaient de dévoiement.

Le 19 janvier 1832, lorsque je la vis pour la première fois, elle était dans l'état suivant :

Respiration courte et fréquente, dyspnée extrême après un exercice

un peu pénible ; toux fréquente, ne paraissant pas l'être davantage la nuit ; crachats abondans, visqueux, adhérens au vase, purulens ; matité très-grande du thorax sous la clavicule gauche, et en général dans toute la partie antérieure du côté gauche ; en arrière et à gauche, à droite, dans tous les sens, il y avait encore de la sonoréité. La percussion causait de la douleur dans toute la poitrine ; sous la clavicule gauche on entendait un gargouillement des plus abondans et une pectoriloquie très-franche, dans un espace très-étendu vers le sein ; en arrière la respiration était caverneuse, et le gargouillement et la pectoriloquie, aussi marqués qu'en avant, s'entendaient jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ; du côté droit, la respiration, assez nette sous la clavicule, prenait en arrière le caractère de souffle bronchique, et s'accompagnait d'un gargouillement rare et d'un retentissement de la voix qui ne permettait pas de saisir les mots prononcés par la malade. L'amaigrissement était médiocre, les forces singulièrement diminuées ; il n'y avait plus d'appétit ni de sommeil.

La malade avait un vésicatoire au bras gauche. On prescrivit de le lui entretenir, et on lui donna du lait, un bouillon pectoral et un julep.

Jusqu'au 27 janvier, son état ne présenta rien de nouveau ; à cette époque elle se plaignit de coliques vives qui s'étaient montrées la nuit précédente ; ces coliques ne s'accompagnaient pas de dévoiement ; au contraire, il y avait de la constipation ; le pouls était petit et fréquent ; la toux avait augmenté de violence ; les crachats, arrondis, purulens, très-consistans, ne perdaient pas leur forme, quoiqu'ils nageassent dans un liquide séreux blanchâtre. Le gargouillement était toujours aussi abondant à gauche, et la pectoriloquie y était des plus franches.

Les jours suivans, les coliques continuèrent à se faire sentir. Le 9 février, elles s'accompagnèrent de nausées et de vomissemens abondans. Le 13, elles avaient cessé, ainsi que les vomissemens ; la toux et l'expectoration étaient les mêmes ; l'auscultation fournissait toujours

les mêmes résultats à gauche ; à droite, on entendait sous la clavicule un râle ronflant, accompagné de gros craquemens humides et d'une pectoriloquie très-franche ; à peu près au niveau du sein il y avait absence du bruit respiratoire. En arrière le gargouillement était moins abondant qu'à gauche, et s'entendait dans un espace moins étendu. La malade se plaignit alors pour la première fois d'une douleur fixe accompagnée de démangeaison au bas du cou, derrière la partie postérieure du sternum.

A dater de cette époque, tous les jours un accès de fièvre se déclara sur le soir ; il débutait par un frisson avec tremblement, était suivi d'une sueur abondante qui durait toute la nuit ; de temps en temps des vomissemens avaient lieu, provoqués par la toux : ils consistaient en matières jaunâtres amères ; la douleur au bas du cou continua à se faire sentir jusqu'au dernier moment. Le 20 février nous l'examinâmes encore avec soin : quoique les vomissemens continuassent toujours, l'épigastre n'était nullement douloureux, non plus que le ventre, qui supportait une pression forte sans que la malade témoignât de la sensibilité. Elle mourut le 24, sans convulsions, après une agonie de deux jours.

Autopsie cadavérique faite le 25. Amaigrissement nul ; il y avait même encore une couche épaisse de tissu graisseux sous la peau. Le poumon gauche adhérait intimement par toute sa surface à la plèvre correspondante, par une membrane très-dense, ressemblant à un fibro-cartilage, recouvrant son sommet en forme de calotte ; le poumon droit, libre de toute adhérence en bas, était uni à la plèvre, vers son sommet, par une fausse membrane presque aussi dense, mais beaucoup moins étendue. Les différens lobes des deux poumons adhéraient intimement entre eux.

Au sommet du poumon gauche existait une large caverne de la capacité d'un gros œuf de poule, à moitié pleine d'un pus rougeâtre ; des brides nombreuses la traversaient à sa partie inférieure, et y formaient une multitude d'anfractuosités entre lesquelles s'ouvraient d'autres petites cavernes occupant tout le parenchyme du lobe supérieur.

Elle était tapissée par une fausse membrane excessivement mince, s'enlevant en bouillie sur le dos du scalpel, et laissant voir alors les parois parsemées de tubercules non encore ramollis : ces parois, excessivement minces en arrière, où néanmoins elles n'étaient pas formées exclusivement par la fausse membrane pleurétique, étaient bien plus épaisses en avant, où l'on remarquait une couche épaisse de matière grise, infiltrée dans le parenchyme, et lui donnant une consistance lardacée; le reste du poumon gauche ne présentait qu'un amas de tubercules, les uns encore durs, la plupart ramollis, dans un parenchyme nullement crépitant, friable, d'une couleur grisâtre, et parsemé de petites cavités, comme des noyaux de cerises, et pleines de pus.

Au sommet du poumon droit était une petite caverne de la capacité d'une noix, présentant les mêmes caractères que celle du poumon gauche; le reste du lobe supérieur était également plein de tubercules, les uns ramollis, les autres encore durs; les deux lobes inférieurs seuls étaient crépitans, le moyen surtout; l'inférieur était engoué; l'un et l'autre contenaient un grand nombre de granulations transparentes, très-petites, difficiles à isoler du parenchyme; le moyen seul présentait encore quelques tubercules à sa partie supérieure.

Le larynx et l'épiglotte étaient parfaitement sains; la trachée-artère, excessivement rouge, même après le lavage, offrit à sa partie inférieure trois ulcérations superficielles situées toutes sur la portion charnue, assez larges; une seule d'entre elles présentait des bords à pic et une destruction complète de la muqueuse; les bronches avaient la même teinte que la trachée-artère; les rameaux qui se rendaient aux cavernes étaient évidemment dilatés.

Le péricarde contenait à peu près une verrée de sérosité; le cœur était sain; le péritoine de la partie inférieure de l'abdomen et de la surface des intestins était rouge, recouvert d'une couche de pus excessivement mince; aucune fausse membrane ne se rendait d'une anse intestinale à une autre; la surface des intestins présentait de di-

stance en distance de petits tubercules isolés, gros comme des têtes d'épingle, saillans, pulpeux à leur centre; le mésentère en contenait également d'aussi petits et isolés; l'ovaire droit seul offrait à sa surface un amas de matière tuberculeuse informe, ayant à peu près le volume d'une grosse amande. Les intestins n'offraient à l'intérieur aucun changement d'aspect notable dans les points correspondans aux tubercules de leur surface externe; leur muqueuse n'était ni rouge, ni ramollie, encore moins ulcérée; celle de l'estomac, marbrée dans le grand cul-de-sac, enduite partout d'un mucus épais, n'était ni rouge ni ramollie.

En voyant ici un intervalle de plusieurs mois entre l'action de la cause apparente et l'apparition des premiers symptômes, on est nécessairement porté à rechercher l'époque du premier développement des tubercules. Si l'on considère qu'après avoir joui d'une bonne santé apparente pendant cette période d'incubation, cette fille fit, presque immédiatement après l'apparition de la toux, une maladie grave dans laquelle les deux côtés de la poitrine devinrent le siége de douleurs vives, dont l'épaisseur et l'étendue des fausses membranes pleurétiques attestent l'intensité, on incline à penser qu'immédiatement après la suppression des règles, les tubercules commencèrent à se former, qu'ils demeurèrent latens tant que la santé resta encore florissante, et que la toux ne commença à se manifester que lorsqu'ils tendirent à se ramollir, et qu'une éruption secondaire eut lieu : alors seulement les pleurésies se manifestèrent. Telle est, en effet, la marche la plus ordinaire de la phthisie; et il est rare de voir des tubercules développés depuis peu occasioner de suite ces désordres graves, et altérer subitement la santé.

Une circonstance notable est la douleur fixe, accompagnée de démangeaison, que la malade accusait au bas du cou, derrière la partie supérieure du sternum. A cette époque, j'avais lu depuis peu l'ouvrage de M. *Louis* sur la phthisie, et cette lecture m'avait éclairé sur les ulcérations de la trachée-artère, que jusqu'alors j'avais négligé

de constater. J'y avais vu qu'aucun signe pathognomonique ne lui avait paru appartenir à cette lésion, et que dans le seul cas où M. *Louis* avait été à même de la diagnostiquer, il y avait été porté par un embarras et un sentiment de chaleur éprouvés dans cette région par le sujet de son observation. Néanmoins je soupçonnai que chez ma malade il existait une altération semblable, et je fixai mon attention sur cette douleur que je vis régner constamment jusqu'à la mort. A l'autopsie, je trouvai, en effet, des ulcérations à la trachée-artère, et je crois qu'il n'est pas déraisonnable de leur attribuer ce symptôme, que ne sauraient expliquer la rougeur et le boursoufflement de la muqueuse. Je dois dire cependant que j'ai retrouvé d'autres fois des ulcérations de la trachée qui n'avaient été annoncées par aucun symptôme, et que je les ai toujours rencontrées, suivant la remarque de M. *Louis*, sur la portion charnue de la trachée.

Restent à expliquer les lésions notées dans l'abdomen. Les intestins étaient parsemés à leur surface de petits tubercules gros comme des têtes d'épingle. Faut-il attribuer leur formation à cette péritonite des derniers jours, qui est demeurée pour ainsi dire latente, puisque, le 20 février, j'ai noté l'absence de douleur dans l'abdomen? je ne le pense pas. Rappelons-nous ces coliques dont la malade se plaignit depuis le 27 janvier jusqu'au 13 février, coliques qui coïncidèrent avec des vomissemens et de la constipation; on les attribuait à des écarts de régime; la malade fut réprimandée à diverses reprises, et, avouons-le, on avait tort. C'étaient ces tubercules qui se formaient, probablement par l'effet d'une péritonite aiguë, qu'un examen trop superficiel, peut-être, ne permit pas de reconnaître, et qu'auraient dû cependant faire soupçonner les symptômes généraux. Les tubercules formés, le travail inflammatoire cesse, les douleurs s'apaisent, les vomissemens diminuent de fréquence, la malade semble se trouver mieux; mais bientôt ils tendent à se ramollir: nouvelle péritonite, dont les symptômes généraux furent couverts par

ceux de l'agonie! Citons maintenant des cas qui nous présentent d'autres symptômes et d'autres lésions.

IV^e. OBSERVATION.

Phthisie. Hémoptysies répétées. Aphonie incomplète. Ulcération du larynx.

Rose Tabourin, ouvrière en soie, âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution médiocre, entra à l'Hôtel-Dieu (salle des 4 rangs, n°. 146) le 3 octobre 1831. Cette fille était réglée depuis l'âge de quinze ans, mais peu régulièrement ; ses menstrues avaient de fréquentes interruptions, avec cette particularité, que toutes les fois qu'elles manquaient la malade éprouvait une extinction de voix de quelques jours. Deux mois environ avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle éprouva une impression de froid étant en sueur : aussitôt, suppression des règles, qui ne reparurent plus depuis ; hémoptysie abondante, qui n'était pas la première qu'éprouvait la malade; toux, sueurs nocturnes, ayant principalement leur siége à la poitrine; la malade maigrit et perdit complètement ses forces. Le 3 octobre, jour de son admission, elle était dans l'état suivant :

Toux fréquente, revenant par quintes ; expectoration rare ; dyspnée assez forte, respiration courte et fréquente, aphonie presque complète. La pression procurait un son mat sous la clavicule gauche, et en général dans tout le côté gauche, quoique cependant un peu moins en arrière qu'en avant. Sonoréité encore assez grande dans tout le côté droit; l'auscultation faisait entendre sous la clavicule gauche un gargouillement assez abondant, mais une pectoriloquie douteuse; c'était plutôt un simple retentissement de la voix. Le côté gauche fournit en arrière un gargouillement moins abondant, plus prononcé à la partie supérieure qu'à la base du thorax ; à droite, tant en avant qu'en arrière, la respiration était bruyante, et s'accompagnait de cra-

quemens humides, moins prononcés qu'à gauche. L'appétit persistait, les digestions étaient bonnes, la soif vive; le pouls plein, précipité; la peau brûlante. (Emplâtre stibié sur la poitrine, bouillon de grenouilles, lait.)

Le 5, la malade se trouvait mieux, la toux semblait un peu moins fréquente; les crachats, toujours rares, étaient épais et visqueux; toutes les nuits, la malade avait des sueurs abondantes.

Le 8, elle se plaignit d'un point douloureux dans le côté droit: un vésicatoire y fut appliqué.

Le 10, nous la trouvâmes, à la visite du matin, excessivement pâle et faible; et lorsqu'on lui demanda, comme d'habitude, comment elle se trouvait, elle n'y répondit qu'en nous montrant un crachoir plein de sang, qu'elle avait rejeté pendant la nuit avec des efforts analogues à ceux du vomissement. Ce sang était noir, formait un caillot dont la surface était recouverte par beaucoup d'écume: on en évalua la quantité à quinze ou vingt onces. La percussion rendit un son mat dans tout le côté gauche de la poitrine, tant en avant qu'en arrière. Le stéthoscope fit entendre, sous la clavicule et au niveau de l'omoplate du même côté, un gargouillement abondant accompagné de bruit de frottement. Cette hémoptysie se prolongea les jours suivans. Le sang expectoré formait des caillots noirâtres, mélangés de salive et de mucosités purulentes; le pouls, toujours accéléré, était petit, la peau brûlante, la soif vive, l'amertume de la bouche extrême; il y avait encore un peu de sommeil.

Le 14, l'hémoptysie durait toujours; la face présentait une pâleur cadavérique; la peau était recouverte d'une sueur froide; le pouls, toujours petit, était dur et accéléré. (Un emplâtre de poix de Bourgogne fut appliqué entre les épaules, et un nouvel emplâtre stibié sur le sternum, et deux vésicatoires aux cuisses le furent également. On continua les bouillons de grenouilles et les juleps pectoraux.)

Le 15, l'hémoptysie avait cessé; mais l'état de la malade ne s'améliora pas. La respiration resta courte et fréquente, le pouls d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes: même pâleur de la face.

Le 16, augmentation de la dyspnée, la respiration s'accompagnait d'un râle trachéal qui s'entendait de très-loin.

Le 20, la malade dit se trouver mieux : en effet, la respiration était moins fréquente, mais la pâleur de la face n'avait pas diminué; la toux amenait des crachats, qui, réunis en masse, ressemblaient parfaitement au pus d'un abcès, à part leur plus grande viscosité; on y apercevait çà et là quelques stries sanguines. Dans toute l'étendue du côté gauche du thorax, en avant et en arrière, et sous l'aisselle, on entendait un gargouillement abondant. Le bruit respiratoire était faible dans le côté droit; le pouls était petit, la peau chaude et sèche, le sommeil presque nul. Une diarrhée légère, dont la malade ne se plaignait que depuis trois jours, était un peu calmée.

Depuis ce jour, elle alla continuellement en s'affaiblissant, et le 23 octobre, elle expira à six heures du matin sans convulsions.

Autopsie cadavérique faite le soir du même jour. Amaigrissement médiocre, rigidité cadavérique considérable, sang encore très-fluide.

Adhérences très-fortes des poumons aux plèvres thorachiques, plus fortes cependant à gauche qu'à droite; fausses membranes très-denses, restant en calottes sur le sommet des poumons.

A la partie postérieure et supérieure du poumon gauche, on trouva une caverne de la contenance environ d'un œuf de poule, irrégulière dans sa forme, traversée en plusieurs sens par des brides. Dans différens points de ses parois, on voyait les ouvertures d'autres cavernes plus petites : toutes ces cavités, qui occupaient le lobe supérieur en entier, étaient pleines d'une matière purulente épaisse, qui s'écoula en grande partie par les bronches et le larynx, pendant l'opération de l'enlèvement des poumons. Le lobe inférieur était rempli de tubercules, qui, pour la plupart, avaient une dureté telle, que le scalpel avait peine à les fendre. A sa partie supérieure se trouvaient quelques petites cavités pleines d'un pus analogue à celui de la grande caverne.

Le lobe supérieure du poumon droit contenait quelques petites cavités pleines de pus, au milieu d'une grande quantité de tubercules

volumineux et durs ; les deux autres lobes, libres de tout tubercule, mais engoués. L'incision en faisait ruisseler un liquide séro-sanguinolent assez abondant. Le larynx avait une seule ulcération située à l'extrémité postérieure de la corde vocale droite; elle avait à peu près trois lignes de longueur sur deux de largeur ; ses bords étaient coupés à pic. La muqueuse environnante était très-blanche; celle des bronches et de la trachée était très-rouge; un examen attentif n'y fit découvrir aucune ulcération.

La muqueuse de l'estomac avait une teinte grise ardoisée, et était fortement ramollie; en la râclant, même légèrement, avec le dos d'un scalpel, on l'enlevait en bouillie. Les intestins, remplis de matières fécales durcies, ne présentaient rien de notable.

C'est là la première observation de phthisie que j'aie relevée. Aussi, en la relisant, ai-je éprouvé de vifs regrets en y voyant manquer plusieurs points importans, entre autres l'indication de l'état de la poitrine chez cette malade avant la suppression des règles, qui précéda de deux mois son admission à l'hôpital. Si, en effet, il était prouvé que jusqu'à cette époque sa santé avait été parfaite, ce serait un exemple remarquable de phthisie aiguë; car la maladie n'aurait pas duré alors plus de deux mois et demi à trois mois. Mais si cette notion précise manque, le raisonnement autorise à penser qu'il n'en est pas ainsi. Cette fille, en effet, n'était pas bien réglée, et l'hémoptysie qui eut lieu après la suppression définitive des règles n'était pas la première. Or, ces hémoptysies antécédentes, dont je ne saurais trop regretter de n'avoir noté ni le nombre ni l'époque, ne doivent-elles pas être regardées comme preuve que déjà des tubercules existaient dans les poumons à l'époque que la malade indiquait comme commencement de la maladie? Quoi qu'il en soit, il est probable qu'au 3 octobre il n'existait pas encore de caverne dans le poumon gauche, ou du moins qu'elle n'y avait qu'une bien petite capacité; en effet, on entendait bien un gargouillement abondant sous la clavicule gauche, mais il

s'entendait aussi dans tout le côté gauche en arrière. Or, un gargouillement aussi étendu n'indique que la stase d'une grande quantité de mucus dans les bronches ; de plus, la pectoriloquie était douteuse sous la clavicule, et ne précisait pas davantage l'existence d'une caverne ; dans le côté droit, en avant et en arrière, la respiration était bruyante et s'accompagnait de craquemens humides sans pectoriloquie ; tous signes desquels on ne pouvait conclure l'existence d'une cavité tuberculeuse.

Du 9 au 10 octobre, hémoptysie foudroyante qui se renouvela les jours suivans ; j'ausculte, et je reconnais encore le gargouillement dans tout le côté gauche ; mais, par un oubli impardonnable, je ne songe pas à interroger la voix, et à constater la pectoriloquie ; elle seule alors eût pu m'apprendre les progrès du mal. Mais le défaut d'habitude, et la crainte d'importuner cette malade, qui avait toujours l'air expirant, me firent négliger ce point important ; cependant je n'en suis pas moins porté à croire qu'alors seulement s'est formée la caverne. A cette époque, en effet, l'expectoration changea subitement de nature, et devint absolument semblable au pus d'un abcès. A l'autopsie, on la trouva à moitié pleine d'un pus semblable ; des brides nombreuses la traversaient ; ses parois n'étaient point tapissées par une fausse membrane : autant de preuves, ce me semble, de son peu d'ancienneté. Mais si cette vaste caverne s'est formée d'une manière presque subite, serait-il absurde de chercher la cause de l'hémoptysie foudroyante qui activa tellement la marche de la maladie dans la brusque excavation du parenchyme pulmonaire, dont les vaisseaux ont été rompus sans qu'un caillot ait pu se former à leur orifice pour intercepter le cours du sang? La rupture des bronches elles-mêmes n'y aurait-elle pas aussi participé? Des stries sanguinolentes dans les crachats annoncent, dans les cas ordinaires, le moment où des cavernes s'ouvrent dans ces canaux aériens, pour se décharger ensuite au dehors de la matière qui les remplit. La rupture subite et totale de leurs tuyaux ne peut-elle pas donner lieu à une hémoptysie, même abondante?...

Passons à un autre exemple d'hémoptysie plus foudroyante encore.

V^e^. OBSERVATION.

Hémoptysie foudroyante produisant une mort presque instantanée. Cavernes, bronches et larynx obstrués par un caillot. Hypertrophie des deux ventricules du cœur.

Louise-Félicité Grandjean, née à Crémieux (Isère), d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible et appauvrie, ne commença à être réglée qu'à l'âge de dix-huit ans; elle ne le fut jamais régulièrement, et ses époques furent toujours éloignées les unes des autres par de longs intervalles. Ses règles n'avaient encore paru que quatre à cinq fois, lorsqu'une frayeur vive les supprima tout à coup pour toujours; cela eut lieu en novembre 1830. Aussitôt se déclara une toux qui demeura sèche pendant quatre mois, au bout desquels elle s'accompagna de crachats épais, jaunes, et quelquefois verts. Les quintes de toux étaient parfois si violentes, qu'elles provoquaient le rejet de toutes les matières contenues dans l'estomac. Les forces diminuèrent peu à peu. Cet état de choses durait depuis long-temps, lorsque se manifesta une hémoptysie d'une abondance extrême. La malade entra à l'Hôtel-Dieu, où trente sangsues lui furent appliquées aux cuisses; l'hémoptysie diminua, mais ne cessa pas; les forces s'affaiblirent encore davantage. Enfin, ennuyée d'un séjour long et sans succès, la malade sortit de l'Hôtel-Dieu; mais, peu de jours après, son malaise empirant, elle fut forcée d'y rentrer.

Ce fut le 21 octobre 1831 qu'elle y fut admise (salle des 4 rangs, n°. 152); elle avait alors vingt ans. Le soir, lorsque je la vis, elle était dans l'état suivant :

Amaigrissement marqué, demi-marasme, pâleur extrême de la face, décoloration des membranes muqueuses apparentes, respiration courte et fréquente, quelquefois imminence de suffocation; petite toux convulsive revenant fréquemment, et suivie, après plusieurs secousses, d'un rejet abondant de sang pur, vermeil, écumeux, mé-

langé de peu de mucosités : cette toux s'accompagnait d'un gargouillement marqué, qu'on entendait sans ausculter la malade. La poitrine, percutée, rendait un son mat sous la clavicule gauche et dans toute la région précordiale ; sous la clavicule droite, il y avait encore de la sonoréité ; sous la clavicule gauche, la respiration était caverneuse, ainsi qu'au sommet du côté gauche, en arrière : plus bas, à partir du niveau de l'épine de l'omoplate, on entendait un gargouillement des plus prononcés, qui existait jusqu'à la base du poumon. La pectoriloquie n'était bien franche que dans la fosse sus-épineuse gauche ; partout ailleurs elle était douteuse. Dans tout le côté droit, le bruit respiratoire était très-fort, et même bronchique sous la clavicule. Les battemens du cœur étaient tumultueux, et s'accompagnaient d'un bruit de râpe très-prononcé. Le pouls était petit, filiforme, la peau chaude et sèche. Immédiatement après la visite du soir, on appliqua un emplâtre stibié sur le sternum et deux vésicatoires aux bras. Quelques heures après, l'hémoptysie augmenta subitement ; en peu d'instans, la malade rejeta au moins trois livres de sang ; après quoi elle expira au milieu de mouvemens convulsifs.

Autopsie cadavérique, faite le 22, *vingt heures après la mort.* Adhérences très-fortes du poumon gauche à la plèvre thorachique ; ce ne fut qu'avec la plus grande peine qu'on parvint à les détruire pour enlever le poumon entier. Le poumon droit était complètement libre de toute adhérence. Le lobe supérieur du poumon droit renfermait une petite caverne capable de recevoir tout au plus l'extrémité du doigt ; le reste était occupé par quelques tubercules encore durs et quelques autres déjà ramollis. Les deux lobes inférieurs, crépitans, perméables à l'air, étaient légèrement engoués.

Le lobe supérieur du poumon gauche était occupé presque en entier par une vaste caverne dont la capacité dépassait le volume du poing ; elle était vide, traversée par des brides : sa surface interne était tapissée par une couche de pus sanguinolent ; en l'essuyant, on la vit parsemée de granulations tuberculeuses. De toutes parts s'ouvraient d'autres petites cavités dont le volume variait, mais ne dépassait pas

celui d'un haricot. Ses parois étaient beaucoup plus minces en arrière qu'en avant. Le lobe inférieur était occupé par deux autres cavernes, dont la plus considérable aurait pu contenir un œuf de poule ; l'une et l'autre étaient entièrement remplies par un caillot épais, noirâtre, que l'on en détachait avec peine, mais sans le rompre. Le parenchyme du reste du lobe était farci de tubercules tant à l'état dur que ramollis, et déjà en suppuration.

La cavité du larynx était entièrement obstruée par un caillot considérable, qui occupait même une partie du pharynx ; ce caillot se prolongeait dans les bronches, se bifurquait avec elles. La portion qui suivait la bronche droite ne put pas être suivie bien loin dans le parenchyme pulmonaire ; mais celle de la bronche gauche fut facilement suivie jusque dans la grande caverne du lobe inférieur du poumon gauche, avec le caillot de laquelle elle se continuait de la manière la plus évidente. Ces caillots enlevés, la muqueuse du larynx et de la trachée-artère, préalablement lavée à grande eau, parut parfaitement saine.

Le péricarde contenait un peu de sérosité. Les cavités du cœur étaient occupées par un caillot fibrineux, qui se prolongeait dans l'origine des gros vaisseaux. Ces cavités n'étaient pas dilatées, mais leurs parois étaient hypertrophiées d'une manière sensible ; celles du ventricule gauche avaient au moins huit à neuf lignes d'épaisseur, et celles du droit cinq à six ; ce qui donnait à l'organe une épaisseur considérable, comparée surtout à sa longueur, qui n'était nullement augmentée. Ses orifices étaient parfaitement libres.

Rien de notable dans l'abdomen.

Dans sa Clinique médicale, M. *Andral* dit avoir trouvé plusieurs fois des cavernes pleines de sang, et il en cite une observation. La seconde du Recueil de M. *Louis* présente également un fait de ce genre, à cette différence près que le caillot, qui remplissait exactement la caverne, était fibrineux et enveloppé d'une espèce de fausse mem-

brane ; ce qui prouvait évidemment qu'il s'était formé plusieurs jours avant la mort. Mais ici tout paraît prouver qu'il ne s'est formé que dans les derniers instans de l'existence : il présentait, en effet, les mêmes caractères que ceux des cavités du cœur, qui ne se forment qu'à cette époque. D'ailleurs on sera encore confirmé dans cette idée, si l'on réfléchit sur les résultats stéthoscopiques obtenus le soir même du jour qui précéda la mort. La respiration caverneuse et la pectoriloquie franche, entendues sous la clavicule gauche et dans la fosse sus-épineuse du même côté, indiquaient évidemment que la caverne supérieure était au moins presque vide, sinon complètement. Et le gargouillement abondant, sans pectoriloquie, que faisait entendre tout le reste du côté gauche de la poitrine, en avant et en arrière, ne prouvait-il pas que les cavernes inférieures étaient remplies par un liquide? Or, quel liquide pouvait les remplir à cette époque, sinon du sang? Cela posé, on conçoit qu'une nouvelle hémorrhagie s'opérant par les poumons avant même que tout le sang sorti une première fois des vaisseaux eût été complètement rejeté, les forces aient manqué à la malade pour se débarrasser assez vite du sang qui obstruait les conduits aérifères, et que, ne recevant plus assez d'air pour que la respiration s'accomplît, elle soit morte pour ainsi dire suffoquée et au milieu de convulsions. Mais d'où provenait cette hémorrhagie? Était-elle le produit d'une sécrétion sanguine à la surface des cavernes, s'il est permis de parler ainsi? Cela n'est pas probable ; mais, pour le nier, il aurait fallu reconnaître le vaisseau rompu qui aurait livré passage à une quantité si énorme de sang. Or, à l'époque où je relevais cette observation, j'avais trop peu d'habitude des recherches d'anatomie pathologique pour en entreprendre une aussi difficile. Ce qui me console un peu de ma négligence à cet égard, c'est que M. *Andral*, à qui des cas analogues se sont présentés plusieurs fois, n'a pu qu'une fois reconnaître le vaisseau rompu, et il le trouva dans une bride. M. *Louis* a fait également cette recherche dans le cas cité par lui, et dont j'ai parlé plus haut, et l'a faite en vain : il est douteux que j'eusse été plus heureux.

La prédisposition particulière à l'hémoptysie, qui a fait le caractère principal de cette maladie, s'explique suffisamment par l'hypertrophie considérable des parois des ventricules du cœur. Cette disposition organique rend les hémoptysies fréquentes chez les individus dont les poumons sont sains ; que devait-ce donc être chez une fille dont les parenchymes pulmonaires étaient altérés d'une manière aussi intime?

VI^e^. OBSERVATION.

Hémoptysie abondante. Dyspnée extrême. Hypertrophie des parois du ventricule droit.

Jeanne Bauge, découpeuse de châles, âgée de trente ans, brune, ayant les cheveux d'un beau noir, d'une constitution assez forte, quoiqu'elle affirmât avoir beaucoup maigri, entra à l'Hôtel-Dieu (salle des 4 rangs, n°. 151) le 10 janvier 1832, faisant remonter sa maladie à près d'un an.

Cette fille, qui avait toujours été bien réglée, et avait toujours joui d'une bonne santé, avait été prise, un an auparavant, d'une extinction de voix qui depuis avait reparu plusieurs fois. En même temps elle avait commencé à tousser, et cette toux s'accompagna bientôt de crachats qui, d'abord blancs, s'épaissirent peu à peu et devinrent jaunâtres; une oppression assez forte survint, et augmenta promptement. Des palpitations violentes se faisaient fréquemment sentir, et un exercice un peu pénible augmentait beaucoup leur intensité. Bientôt les règles se dérangèrent, et, au lieu de paraître tous les mois, ne se montrèrent plus qu'à des intervalles très-longs. Enfin, sur la fin de novembre 1831, des points douloureux se firent sentir dans les deux côtés de la poitrine, mais plus particulièrement entre les épaules. Le 8 janvier 1832, après un repas plus copieux qu'à l'ordinaire, elle sortit, et fut surprise par le froid, qui était très-vif; une hémoptysie se déclara, et acquit bientôt une intensité effrayante. Un pharmacien lui fit prendre une potion qui la soulagea immédiatement, et le len-

demain le sang avait complètement disparu des crachats; mais dès ce moment elle perdit presque complètement ses forces ; la toux augmenta, une céphalalgie à laquelle elle était sujette depuis quelque temps devint plus vive et continue ; la fièvre s'alluma et s'accompagna d'exacerbations tous les soirs.

La nuit qui suivit son admission dans la salle, elle fut prise d'une nouvelle hémoptysie; la quantité de sang expectoré fut évaluée à six ou huit onces. Deux sinapismes lui furent appliqués aux jambes. Le lendemain, 11 janvier, elle était dans l'état suivant :

Dyspnée médiocre, toux fréquente, expectoration encore sanguinolente. Le sang expectoré la nuit était à moitié caillé, d'un beau rouge, rutilant, et mélangé à des mucosités épaisses, jaunâtres, comme purulentes. L'envie de cracher était provoquée par un picotement au gosier; le crachat expulsé, il ne restait pas de mauvais goût à la bouche. La percussion rendit, sous la clavicule gauche, un son beaucoup plus mat que sous la droite : dans ce point, la respiration sembla naturelle. Sous la clavicule droite elle était caverneuse, et s'accompagnait d'une pectoriloquie très-franche, qui s'entendait dans un espace très-étendu. Les deux côtés de la poitrine présentaient en outre un gargouillement abondant, plus marqué vers la partie supérieure qu'en bas, et plus abondant à droite qu'à gauche. Vers la base de la poitrine, des deux côtés, le bruit respiratoire était nul. Le bruit du cœur ne présenta rien d'anormal dans son rhythme. Pouls dur et plein, sueur se bornant aux aisselles. Amaigrissement marqué, forces presque nulles. (Trois sangsues à chaque cuisse; lait, bouillon de grenouilles, julep pectoral.)

Le 18, l'hémoptysie avait complètement cessé.

Le 19, on entendit un gargouillement évident sous la clavicule gauche.

Le 23, la dyspnée avait beaucoup augmenté. La malade ne pouvait plus rester couchée, mais se tenait assise sur son lit, la tête penchée en avant; les crachats étaient arrondis, visqueux, d'un gris

sale. Le gargouillement et la pectoriloquie étaient toujours beaucoup plus marqués, et s'entendaient dans un espace beaucoup plus étendu à droite qu'à gauche. L'amaigrissement avait fait des progrès rapides, les jambes commençaient à s'œdématier; le pouls était petit, la peau froide.

Le 27, l'infiltration gagna la face. Le ventre présentait une fluctuation douteuse; les crachats, purulens, arrondis, ne se mélangeaient pas entre eux, mais glissaient les uns sur les autres, sans se confondre, pour se porter dans le sens où l'on inclinait le vase. On ausculta, et l'on reconnut que le gargouillement avait complètement disparu dans le côté droit, tant en avant qu'en arrière, et l'on n'entendit plus qu'une respiration caverneuse des plus prononcées : la pectoriloquie était toujours aussi franche. Sous la clavicule gauche il y avait toujours du gargouillement avec une pectoriloquie douteuse. Tous les soirs la malade avait un redoublement de fièvre avec frisson; il n'y avait pas de dévoiement. Depuis ce jour, elle alla toujours en empirant jusqu'au 1^er^. février, qu'elle expira après une agonie de deux jours.

Autopsie cadavérique faite le 2 février 1832. L'amaigrissement n'était bien marqué qu'à la face.

Les deux poumons adhéraient aux plèvres par le moyen de fausses membranes minces, transparentes, peu consistantes; ces adhérences n'étaient bien intimes qu'au sommet du poumon droit. Un peu de sérosité était épanchée dans les plèvres, à leur partie inférieure.

Au sommet du poumon droit, plus près de son bord postérieur que de l'antérieur, existait une large caverne que ne traversait aucune bride, dans laquelle on ne voyait aucune anfractuosité, et dont la capacité égalait au moins celle d'une grosse orange. Sa paroi postérieure, très-adhérente aux côtes, excessivement mince, était en même temps très-ferme et très-consistante; une fausse membrane tapissait son intérieur : celle-ci s'enlevait facilement avec le dos d'un scalpel, et laissait voir alors les parois de la caverne parsemées d'une infinité de tubercules non encore ramollis, dont la blancheur contrastait avec leur couleur noire. Un pus épais et sanguinolent la rem-

plissait en partie. Le reste du lobe supérieur ne renfermait aucun tubercule, non plus que les deux autres ; mais son parenchyme était dur, non crépitant, d'une couleur grisâtre, ne se laissait pas traverser par le doigt, et à l'incision laissait écouler un pus rougeâtre très-spumeux, d'une abondance extrême. Les deux lobes inférieurs étaient engoués, mais encore crépitans ; l'incision n'en faisait écouler aucun liquide.

Le lobe supérieur du poumon gauche contenait deux autres cavernes de la capacité d'une noix ; l'une, plus rapprochée du sommet de l'organe, contenait un pus rougeâtre, et ses parois présentaient la même densité, la même couleur noire que celles de la grande caverne du poumon droit ; l'autre, placée au-dessous, était remplie par un pus épais, crémeux, nullement sanguinolent. Sa face interne était tapissée par une membrane lisse, non interrompue, d'une couleur grisâtre, d'une consistance assez grande, comme fibreuse. Le parenchyme du reste du lobe supérieur présentait les mêmes caractères que le lobe supérieur du poumon droit. Le lobe inférieur était également engoué, mais crépitant ; le larynx était parfaitement sain. Les bronches, engouées d'une mucosité purulente, étaient saines.

Le péricarde contenait une sérosité sanguinolente abondante. Le cœur était énorme, d'un volume presque double de son volume normal ; ses cavités étaient considérablement dilatées par un sang noir à moitié coagulé. Les parois du ventricule gauche n'avaient que leur épaisseur normale ; mais celles du ventricule droit en avaient une égale, au moins, à celles du gauche. Les colonnes charnues de droite avaient également un volume exagéré ; leur consistance, ainsi que celle de la paroi externe du ventricule, était tellement forte, qu'elle approchait de celle des cartilages. Les orifices auriculo-ventriculaires droit et gauche étaient parfaitement libres. Le rebord de la valvule tricuspide était un peu cartilagineux ; celui de la valvule mitrale ne l'était pas. Les oreillettes étaient saines.

L'abdomen contenait une quantité assez considérable de sérosité ; du reste, rien de notable.

Une chose vraiment remarquable dans cette maladie est la manière aiguë dont elle s'est terminée ; pendant près d'un an elle avait marché avec la lenteur habituelle à la phthisie ; ce n'était qu'après neuf mois environ qu'avaient commencé à se manifester les points de côté et les douleurs entre les épaules, et que par conséquent s'étaient faites les adhérences entre les poumons et les plèvres. Tout à coup une hémoptysie abondante a lieu, et dès-lors les forces se perdent d'une manière presque subite, l'amaigrissement marche avec une rapidité effrayante, et la mort survient moins d'un mois après l'apparition des symptômes qui avaient caractérisé le passage de la maladie de son premier à son second degré. Une circonstance qu'il ne faut pas non plus négliger de noter est cette dyspnée excessive qui accompagna les derniers jours. M. *Louis* dit n'avoir observé que trois fois une dyspnée assez forte pour obliger les malades à rester assis sur leur lit, et dans ces trois cas l'autopsie ne lui rendit pas raison de cette anomalie. M. *Andral*, au contraire, note la dyspnée comme fréquente, et remarque que lorsqu'elle coïncide avec une face bouffie et une parole brève, elle doit faire soupçonner une maladie du cœur. J'avoue franchement que dans ce cas je n'avais pas diagnostiqué celle-ci; cependant les palpitations éprouvées par la malade dans le début auraient dû me mettre sur la voie pour la reconnaître ; mais j'étais loin d'avoir une assez grande habitude clinique pour pouvoir ainsi la découvrir sur la seule indication de quelques symptômes généraux, surtout lorsque l'auscultation ne fournissait aucun signe qui pût m'aider dans cette recherche. Mais ce fait n'en doit pas être moins noté, parce qu'il confirme la remarque de l'honorable professeur.

Passons maintenant à une autre série d'observations qui nous présentent des cas plus complexes.

VII^e. OBSERVATION.

Hemoptysies violentes. Diarrhée. Tubercules dans le mésentère et ulcérations dans les intestins. Ulcération du larynx sans aphonie.

Marie Badin, âgée de treize ans, entra à l'Hôtel-Dieu (salle des 4 rangs, n°. 143) le 9 décembre 1831, accusant trois mois de maladie.

Cette enfant, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution appauvrie, avait été affectée de la teigne à l'âge de six ans. Un an ou deux après, les glandes du cou étaient devenues le siége d'un engorgement considérable, qui n'avait cédé qu'au bout de plusieurs années à des frictions avec une pommade d'hydriodate de potasse. Sa maladie avait débuté trois mois avant par une fièvre tierce, dont chaque accès s'annonçait par un violent mal de tête accompagné d'un sentiment de froid par tout le corps, auquel succédait une chaleur forte. Cet état dura une quinzaine de jours, après lequel la toux commença à s'établir; elle devint bientôt fréquente et ne tarda pas à s'accompagner d'une expectoration qui, avant son admission à l'Hôtel-Dieu, avait été sanguinolente à trois reprises différentes, pendant deux ou trois jours chaque fois. En même temps que la toux, s'établit un dévoiement qui, d'abord peu abondant, augmenta bientôt, n'eut jamais d'interruption dans son cours, et s'accompagna de coliques irrégulières dans leur degré d'intensité et la fréquence de leur apparition.

Le 10 décembre, lorsque nous la vîmes pour la première fois, cette petite malade était dans l'état suivant : amaigrissement médiocre, peu de dyspnée; toux principalement nocturne, revenant par quintes; crachats abondans, arrondis, formés par une matière séreuse, vitrée, contenant à son centre de la matière purulente; matité à peu près égale de la poitrine dans tous ses points; la percussion était douloureuse sous la clavicule gauche. En appliquant le stéthoscope dans ce point, on entendait une respiration caverneuse très-prononcée, un gargouillement abondant surtout au moment de la toux, et une pectoriloquie des plus franches; en arrière

et à gauche, la respiration caverneuse était moins prononcée qu'en avant, mais le gargouillement et la pectoriloquie l'étaient autant; sous la clavicule droite, la respiration était trachéale, et s'accompagnait de gargouillement sans pectoriloquie : celle-ci était douteuse en arrière et à droite. Les battemens du cœur ne présentaient rien d'anormal; le pouls était dur, précipité, la face pâle et bouffie, les lèvres enflées; les extrémités n'étaient pas infiltrées; l'appétit était encore bon, les digestions ne fatiguaient pas la malade, mais le dévoiement était assez fort; le ventre était ballonné, nullement fluctuant, un peu douloureux à la pression; la voix était complètement dans son état naturel. (Emplâtre stibié sur le sternum; bouillon de grenouilles, lait, julep pectoral.)

Le 13, la toux et l'expectoration présentaient le même caractère; la poitrine était tellement douloureuse dans tous ses points, qu'on ne put ni percuter ni ausculter; le dévoiement était toujours très-abondant, et s'accompagnait parfois de coliques vives; la langue était rouge et sèche, la bouche sans amertume, la soif nulle; le pouls était dur et fréquent, la peau chaude et sèche.

Le 18, le nombre des selles avait augmenté, et était monté à six ou sept en vingt-quatre heures; elles s'accompagnaient de coliques fortes; le pouls était petit.

Le 22, l'amaigrissement avait fait des progrès marqués depuis l'entrée de la malade, qui se tenait de préférence couchée sur le côté droit.

Le 29 une hémoptysie abondante s'était déclarée pendant la nuit; la malade avait rejeté un sang rouge à moitié caillé, assez abondant pour remplir la moitié de son crachoir (douze onces environ). Le matin elle était dans un abattement voisin de l'agonie; depuis plusieurs jours déjà les évacuations étaient involontaires, et elle exhalait une odeur fétide insupportable. Le même jour elle expira sur les sept heures du soir, sans avoir jamais présenté de l'aphonie ni même de l'enrouement.

Autopsie cadavérique faite le 30 *décembre* 1831. Marasme complet; adhérences intimes des deux poumons aux plèvres dans presque toute leur surface, si ce n'est toutefois vers leur base, où l'on trouve un peu de sérosité; au sommet de chacun des deux poumons existait une large caverne pleine d'un pus sanguinolent; la gauche était d'une capacité égale au volume du poing, et occupait tout le lobe supérieur; la droite aurait pu loger un gros œuf de poule; l'une et l'autre étaient traversées par des brides nombreuses; leur surface interne, à l'une et à l'autre, était hérissée de petites inégalités formées par des tubercules déjà ramollis et non dissous; on voyait çà et là les orifices de plusieurs autres cavités plus petites; le lobe inférieur du poumon gauche et le lobe moyen du droit étaient farcis de tubercules presque tous ramollis, et ne présentaient que quelques cavités peu nombreuses, et dont la plus large aurait à peine admis l'extrémité du doigt; le lobe inférieur du poumon droit présentait seul un parenchyme encore crépitant, libre de tout tubercule.

On trouva, dans le larynx, une petite ulcération située à l'extrémité postérieure de la corde vocale droite; elle était irrégulière, longue tout au plus de deux lignes, à bords coupés à pic, et avait un fond grisâtre; la muqueuse de l'organe et celle des bronches étaient saines; le cœur et ses dépendances l'étaient également.

La cavité du péritoine contenait une petite quantité de sérosité; le mésentère était rempli de tubercules dans toute sa longueur; parmi eux il y en avait de plus gros que des noix; quelques-uns étaient encore durs, la plupart ramollis, et quelques-uns, déjà diffluens, lançaient en jaillissant leur matière jaunâtre demi-liquide, dès qu'on incisait la membrane très-dense qui leur servait de kyste; on en trouva jusque dans l'épiploon, mais seulement dans le point où ce voile membraneux se sépare du colon transverse.

La muqueuse de l'estomac était pâle et tellement ramollie, qu'en râclant avec le dos d'un scalpel on l'enlevait en forme de bouillie; les intestins grêles et les gros intestins étaient remplis de matières fécales demi-liquides; après que le lavage eut enlevé ces dernières, on vit

leur muqueuse, pâle d'ailleurs, parsemée d'un grand nombre de petites ulcérations arrondies, à bords irréguliers; leur nombre était considérable, surtout sur la fin de l'iléum.

Notons ici la sensibilité extrême des parois de la poitrine à la percussion, sensibilité qui, à peu près égale partout, indiquait assez bien l'adhérence complète des deux poumons aux plèvres. Peut-être qu'un œil plus exercé que le mien eût constaté dans ce cas un rétrécissement de la poitrine, rétrécissement qui avait souvent frappé *Bayle*, et que *Laennec* indique comme fréquent.

L'intestin grêle et le gros intestin étaient parsemés d'ulcérations très-petites et très-nombreuses, ce qui expliquait suffisamment la persistance de la diarrhée et la fréquence des coliques; dans les intervalles des ulcérations, la membrane muqueuse paraissait saine, c'est-à-dire, pour parler plus juste, avait sa couleur et sa consistance naturelles; fait important qui, joint à l'état analogue de la muqueuse du larynx autour des ulcérations de cette partie, dans le plus grand nombre des cas, prouve bien, suivant la remarque de M. *Andral*, qu'une membrane muqueuse peut être gravement altérée sans qu'il y ait un changement notable dans son apparence physique. Les énormes tubercules qui se trouvèrent dans le mésentère ne parurent avoir aucune liaison avec ces ulcérations; en effet, elles n'étaient pas plus nombreuses dans leur voisinage, et ceux qui s'en trouvaient le plus rapprochés n'étaient pas plus ramollis que ceux situés plus profondément dans le mésentère.

Une petite ulcération existait au larynx, et cependant l'observation ne mentionne aucun symptôme qui puisse y être rapporté. A cette époque, je crus que l'ulcération s'étant faite dans les derniers jours, l'enrouement qu'elle avait dû produire m'avait échappé; mais depuis, j'ai retrouvé des ulcérations vastes et nombreuses dans le larynx de phthisiques qui n'avaient présenté ni aphonie, ni enrouement : d'où l'on peut conclure que l'enrouement et l'aphonie ne sont pas une

conséquence nécessaire des ulcérations du larynx, quoique, dans la plupart des cas, ils puissent et doivent y être rapportés.

L'observation suivante nous montrera une lésion bien plus grave du larynx, mais que des symptômes bien tranchés avaient pu faire soupçonner en partie.

VIII^e. OBSERVATION.

Douleur fixe au gosier et aphonie. Vomissemens opiniâtres. Diarrhée chronique. Ulcérations du larynx et carie des cartilages. Ramollissement de la muqueuse de l'estomac. Ulcérations intestinales.

Françoise Meunier, âgée de vingt-un ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle des 4 rangs, n° 129), le 10 août 1831, accusant plus d'un an de maladie.

Cette fille était née à Annecy (Savoie), d'une mère morte *poitrinaire*, et avait eu huit frères ou sœurs tous morts sans exception de la même maladie. D'un tempérament lymphatique, d'une constitution grêle et peu forte, elle n'avait jamais été bien réglée, jamais le sang n'avait paru à des époques plus rapprochées que deux ou trois mois, et souvent il en restait six sans se montrer; les deux dernières années de son existence, l'aménorrhée fut complète. Quatorze à quinze mois environ avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle commença à tousser, à cracher et à maigrir; la toux, dont la force et la fréquence firent des progrès rapides, revenait surtout la nuit; l'expectoration fut promptement abondante, et consistait en crachats d'abord blancs, puis verts et jaunes, et contenant à leur centre un point opaque très-épais. Long-temps il n'y eut pas d'hémoptysies, mais enfin celles-ci se manifestèrent, furent extrêmement abondantes, et reparurent à diverses reprises; chaque fois elles s'accompagnèrent de douleurs extrêmement violentes dans la région du sternum, douleurs qui ne cessaient qu'avec l'expectoration sanguine. Peu après s'établi-

rent les vomissemens, qui depuis ne cessèrent jamais, si ce n'est peu de jours avant la mort; le plus léger repas excitait des besoins de tousser, et la toux, en se prolongeant, provoquait des nausées qui ne cessaient qu'après que l'estomac s'était débarrassé de tous les alimens qu'il contenait. Enfin, à la même époque, des sueurs nocturnes vinrent encore contribuer à affaiblir la malade; leur abondance était telle, que la malade était forcée de changer de linges trois ou quatre fois par nuit; leur odeur était fétide, toutes les parties du corps en étaient également le siége. Au dixième mois de la maladie environ, la voix commença à s'enrouer; le gosier devint le siége d'une douleur fixe et constante, qui depuis ne cessa jamais de se faire sentir; souvent elle s'accompagnait d'une vive ardeur dans la bouche, dans laquelle la malade croyait alors avoir du feu. Au bout de peu de temps l'aphonie fut absolue. Au quatorzième ou au quinzième mois, survint une diarrhée qui, dans le début, provoquait jusqu'à dix selles par jour, nombre qui se réduisit plus tard à quatre ou cinq, mais ne descendit jamais au-dessous.

En prenant le service d'interne dans cette salle, dans le courant d'octobre 1831, je trouvai cette malade dans l'état suivant.

Marasme complet; anéantissement si absolu des forces, qu'elle ne pouvait plus se mettre sur son séant; haleine fétide, aphonie absolue, et sensation d'une douleur fixe au gosier; toux nocturne fréquente, crachats épais, visqueux, purulens; la percussion était si douloureuse dans toute la partie antérieure de la poitrine, qu'il fut impossible de constater s'il y avait matité ou non; sous la clavicule gauche, il y avait absence de bruit respiratoire, si ce n'est tout à fait en dehors, où la respiration était caverneuse; plus bas, et dès qu'on approchait du sein, le bruit du cœur, qui du reste était normal, couvrait tout; sous la clavicule droite, on entendait une respiration caverneuse dans un très-grand espace jusqu'au sein droit; on n'entendait pas de gargouillement; on ne put pas constater de pectoriloquie; la malade était trop faible pour qu'il fût possible de la soulever, et d'ausculter la partie postérieure du thorax.

Bientôt son état déjà si malheureux s'aggrava encore; il lui devint impossible de se coucher sur le côté droit; dès qu'elle essayait de le faire, elle y éprouvait des tiraillemens qui provoquaient la toux, et la forçaient à changer de position; quoiqu'elle n'éprouvât rien de semblable à gauche, elle préférait le décubitus dorsal; le sommeil, déjà interrompu par la toux et la diarrhée, le fut davantage encore par une agitation continuelle et des rêves pénibles; une escharre se forma au scrotum, et devint une source de nouvelles douleurs; enfin l'appétit se perdit, et la malade, parvenue au dernier degré du marasme, tomba enfin dans une agonie qui fut longue et cruelle, et se termina par la mort, le 14 décembre 1831.

Le traitement n'avait consisté qu'en du lait, des bouillons de grenouilles, et des juleps pectoraux, dans lesquels on avait mis tantôt du laudanum, tantôt du sirop diacode, tantôt de l'extrait gommeux d'opium.

Autopsie cadavérique faite le 15 *décembre.* Adhérences intimes des deux poumons aux plèvres, plus fortes cependant et plus étendues à droite qu'à gauche. Au sommet des deux poumons, plus près de leur bord postérieur que de l'antérieur, on trouva deux vastes cavernes, capables de loger l'une et l'autre un gros œuf de poule, pleines l'une et l'autre d'un pus sanieux assez abondant; celle du poumon droit était traversée par une immense quantité de brides formées par des portions de parenchyme, encore très-consistantes, et criant sous le scalpel, comme une couenne épaisse et dure; celle du poumon gauche n'avait pas de brides : leurs parois à l'une et à l'autre étaient excessivement minces en arrière, et tellement unies aux côtes, que l'une d'elles se déchira pendant les efforts que l'on fit pour extraire les poumons de la cavité thorachique. Les deux lobes inférieurs du poumon droit étaient entièrement pleins de tubercules, les uns encore durs, les autres déjà en suppuration. Leur parenchyme était gorgé de sang, dur, non crépitant; le lobe inférieur du poumon gauche, simplement engoué, encore perméable à l'air, n'avait pas de tubercules; la peau qui recouvrait la partie an-

térieure du cou ayant été enlevée, on trouva tous les muscles de cette région imbibés de pus. Un examen attentif permit de reconnaître que la source en était dans le cartilage thyroïde, dont la face extérieure était cariée, surtout à son angle supérieur. Dans le larynx était une ulcération profonde, située en arrière au point de jonction des cordes vocales; elle avait deux à trois lignes de longueur, ses bords étaient coupés à pic, et son fond formé par les cartilages cricoïde et arythénoïdes également cariés. La corde vocale inférieure gauche était presque complètement détruite par une ulcération. Les bronches, engouées d'un mucus épais et spumeux, étaient rouges par plaques; le cœur et ses annexes étaient sains.

La muqueuse de l'estomac était pâle et excessivement ramollie; en la râclant avec un scalpel, on la réduisait en bouillie. L'intestin grêle et le gros intestin étaient parsemés de petites ulcérations très-nombreuses, peu profondes, dans les intervalles desquelles la muqueuse avait sa consistance et sa couleur naturelles; le mésentère ne contenait pas de tubercules.

Nous trouvons ici un fait notable d'hérédité dans une mère *poitrinaire*, transmettant sa maladie à ses neuf enfans; mais l'hérédité de la phthisie n'étant contestée par personne, je passe outre pour m'arrêter aux graves lésions du larynx et du cartilage thyroïde. La carie des arythénoïdes, et même d'une portion du cricoïde, dans le voisinage des ulcérations, est loin d'être un fait rare; mais il n'en est pas de même de celle du thyroïde. M. *Andral* cite un cas de perforation de ce cartilage, ce qui avait amené la formation d'une fistule; mais dans ce cas, la carie du cartilage n'était que consécutive à l'ulcération de la muqueuse du larynx. Ici, au contraire, la carie placée au dehors du larynx, à la face antérieure du cartilage thyroïde, était complètement indépendante de l'ulcération, située à la partie postérieure de la glotte, vers les arythénoïdes.

Des vomissemens abondans et continuels avaient eu lieu pendant presque toute la durée de la maladie, et le ramollissement avec amincissement de la muqueuse gastrique les explique suffisamment. Remarquons que ces vomissemens, symptôme si commun chez les phthisiques, appartenaient bien à un état pathologique de l'estomac. En effet, ils ne suivaient la toux que parce que celle-ci était provoquée par l'ingestion des alimens, preuve évidente que la surface gastrique n'était plus en rapport de sensibilité avec la nature de ceux-ci. Cet état pathologique de l'estomac joue un rôle immense dans l'histoire de la phthisie. Chez bien des malades, ses symptômes prédominent sur ceux de la lésion pulmonaire; et, au moment où j'écris ces lignes, il y a encore dans mes rangs une femme phthisique depuis près de deux ans, dont l'attention est tellement fixée par les vomissemens opiniâtres qui suivent tous ses repas sans exception, qu'elle regarde la toux, les hémoptysies fréquentes, et les douleurs entre les épaules dont elle est également affectée, comme des symptômes de nulle importance; au point, que plusieurs médecins s'étant succédé dans l'espace de peu de temps dans le service de la salle, à chaque changement, elle ne parla au nouveau médecin que de ses vomissemens, passant sous silence toutes les autres circonstances de sa maladie; paraissant stupéfaite lorsque je suppléais à son récit trop incomplet, ne concevant pas qu'on pût attacher quelque importance aux autres symptômes que j'énumérais. Les deux observations précédentes nous ont présenté des exemples d'ulcérations petites, disséminées çà et là dans les intestins, et opposées, pour la plupart, au mésentère. Les deux suivantes nous offriront des ulcérations circulaires, circonscrivant l'intestin en forme d'anneau.

IX^e. OBSERVATION.

Enrouement. Diarrhée et coliques. Ulcérations du larynx et de l'épiglotte. Infiltration de matière grise dans le parenchyme d'une partie du poumon droit. Tubercules du mésentère. Ulcérations annulaires de l'intestin grêle.

Marie Chaumier, âgée de dix-sept ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle des 4 rangs, n°. 135), le 22 janvier 1832, accusant dix mois de maladie.

Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, avait eu, à différentes reprises, des glandes au cou pendant son enfance, et n'avait jamais été réglée ; cependant elle jouissait habituellement d'une bonne santé. Étant domestique à Valence (Drôme), et ayant journellement des fardeaux très-lourds à porter, elle contracta l'habitude de boire avec excès de l'eau très-froide, et d'ôter sa chaussure pour marcher pieds nus toutes les fois qu'elle était en sueur, ce qui lui arrivait fréquemment. Au bout de peu de temps, elle fut prise d'une toux violente, qui ne cessa jamais depuis. Cette toux, souvent très-forte, amenait des vomissemens, et alors la malade prenait de l'eau-de-vie pour faire cesser, disait-elle, ses maux de cœur. La toux s'accompagna bientôt de crachats épais et sales, mais jamais il n'y eut d'hémoptysie. Des points douloureux se firent fréquemment sentir dans la poitrine ; les deux côtés en furent à peu près également affectés ; chaque fois la respiration en était singulièrement gênée. En général, peu sujette à transpirer, dans les derniers temps qui précédèrent son admission elle avait constamment la tête mouillée de sueur. Enfin, depuis le commencement de sa maladie, elle était sujette à des coliques vives revenant fréquemment et s'accompagnant d'un dévoiement qui ne cessa jamais jusqu'à sa mort. Le nombre des selles fut constamment de trois à quatre par jour. Lorsque je la vis pour la première fois, elle était dans un état de maigreur approchant du ma-

rasme ; elle se tenait constamment couchée sur un côté, le décubitus dorsal lui étant devenu impossible, à cause des vives douleurs qu'il occasionait dans le ventre. La voix était enrouée, mais il n'y avait pas aphonie complète. La toux était fréquente, revenait surtout la nuit, et s'accompagnait d'une expectoration difficile de crachats séreux, blanchâtres, visqueux, contenant quelques points jaunâtres. La percussion n'était douloureuse nulle part. Sous les deux clavicules, le son était mat ; mais il y avait encore de la sonoréité à gauche et en arrière. Sous la clavicule gauche, on entendait en haut une respiration bronchique assez prononcée, sans gargouillement, avec une pectoriloquie douteuse ; plus bas, il y avait absence de bruit respiratoire. Sous la clavicule droite, le souffle bronchique était beaucoup plus prononcé qu'à gauche, et la pectoriloquie était des plus franches ; mais toujours point de gargouillement. En arrière et en haut des deux côtés, on entendait le souffle bronchique, et la pectoriloquie toujours sans gargouillement. Le pouls était petit, peu fréquent ; les forces étaient complètement anéanties.

Depuis le jour de son entrée jusqu'au 2 février, jour de sa mort, les symptômes ne changèrent pas ; le dévoiement ne cessa pas un instant, et, jusqu'au terme fatal, la malade continua à manger en dépit de toutes les représentations qu'on put lui faire : elle mourut presque subitement et sans agonie.

Autopsie cadavérique, faite le 3 février. Demi-marasme, infiltration des extrémités inférieures.

Adhérences très-fortes du poumon droit à la plèvre costale par le moyen de fausses membranes transparentes et molles en bas, mais beaucoup plus denses et jaunâtres en haut. Les trois lobes de l'organe adhéraient fortement entre eux. Le lobe supérieur était grisâtre à l'extérieur et très-dur. Le parenchyme, présentant la même teinte, était dur, comme lardacé, et criait sous le scalpel. Dans son épaisseur se trouvaient deux cavernes : l'une, de la capacité d'une amande, placée à sa partie moyenne ; l'autre, de celle d'une noix, située au-dessous. L'une et l'autre étaient pleines d'un pus rougeâtre ; aucune bride ne

les traversait. Une fausse membrane très-molle les tapissait ; en l'enlevant avec le dos d'un scalpel, on mettait à nu leurs parois, formées par la matière grise du reste du lobe, dans l'épaisseur duquel on voyait encore quelques tubercules en suppuration, mais peu nombreux. La partie supérieure du lobe moyen contenait également quelques tubercules en suppuration, au milieu d'un parenchyme gorgé d'une sérosité purulente, très-spumeuse, qui coulait des deux côtés de la lame du scalpel qui l'incisait. Le reste du lobe moyen et tout le lobe inférieur étaient fortement engoués, mais encore crépitans.

Le poumon gauche, libre de toute adhérence avec les côtes, était le siége d'un emphysème vésiculaire des plus marqués ; les vésicules aériennes paraissaient, à sa surface, plus grosses que des grains de millet ; sa légèreté était excessive. A l'incision, aucune sérosité ne s'en écoula. On trouva un gros tubercule seul dans le lobe supérieur ; il n'était nullement ramolli.

Les bronches étaient engouées de mucosités abondantes, et fortement dilatées dans le poumon gauche et les lobes inférieurs du droit, où on les suivait facilement, par la dissection, jusqu'à la périphérie des organes, point où elles présentaient encore un diamètre considérable. Quant à celles qui se rendaient dans le lobe supérieur du poumon droit, deux allaient s'ouvrir dans les cavernes que renfermait ce lobe ; les autres ne purent être suivies : leur muqueuse, après avoir été lavée, ne parut pas rouge.

Le larynx présenta une vaste ulcération située à la base de l'épiglotte et à la partie antérieure de la glotte, à l'extrémité de la corde vocale droite, qui était intacte. Cette ulcération, longue au moins de cinq à six lignes, d'une forme irrégulière, paraissait faite comme avec un emporte-pièce, et la muqueuse, complètement détruite, laissait voir le cartilage cricoïde à nu au fond de l'ulcération. La muqueuse des ventricules et des cordes vocales était d'un rouge cerise, contrastant avec la couleur pâle du reste du larynx.

Le cœur et ses dépendances étaient sains.

Le mésentère contenait des tubercules extrêmement nombreux et assez volumineux; beaucoup dépassaient le volume d'un haricot. Contenus dans une enveloppe très-dense, leur intérieur paraissait formé par une matière caséeuse jaunâtre, qui s'échappait en jaillissant dès qu'on incisait la membrane externe.

Rien de notable dans l'estomac ni dans le duodénum. L'intestin grêle renfermait des ulcérations extrêmement nombreuses, circonscrivant tout l'intestin comme un anneau, et correspondant à un cercle noirâtre de la même largeur. Ces zones ulcérées avaient une largeur de plusieurs lignes; leurs bords étaient rugueux, inégaux et sanguinolens, ainsi que leur fond; aucune ne présenta de matière tuberculeuse; dans leurs intervalles, la muqueuse était pâle et ne parut pas ramollie. La face interne du cœcum n'était pour ainsi dire qu'une vaste ulcération sanguinolente, rugueuse, inégale; il fut impossible d'y reconnaître et d'en détacher le moindre vestige de muqueuse. La valvule de *Bohain* était complètement détruite. L'intestin colon présenta quelques rougeurs sans ulcérations.

Voici un exemple remarquable d'infiltration de matière grise demi-transparente à travers le parenchyme pulmonaire: les deux cavernes contenues dans le lobe supérieur étaient extrêmement petites, comparées surtout à la vaste capacité de la plupart de celles que nous avons vues jusqu'ici, et cependant la pectoriloquie était des plus franches. On sait que *Laennec* avait fait cette remarque, que la pectoriloquie s'obtenait beaucoup mieux dans les petites cavernes que dans les grandes; dans le cas actuel, la raison s'en trouve facilement dans la densité des parois, qui étaient comme lardacées; circonstance qui, comme on le sait, favorise singulièrement la production de ce phénomène.

L'emphysème vésiculaire du poumon gauche en entier est aussi très-remarquable. M. *Andral* cite cet emphysème comme fréquent dans la phthisie; mais le plus ordinairement c'est dans les portions

de parenchyme non occupées par les tubercules qu'il se montre, et il n'est pas très-fréquent de rencontrer ainsi tout un poumon emphysémateux, le poumon opposé étant seul envahi par la matière tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, la plus grande sonoréité du côté gauche en arrière s'y rapporte assez bien, tandis que le souffle bronchique sans gargouillement, et la résonnance de la voix, que j'ai prise pour de la pectoriloquie, doivent être attribués à la dilatation des bronches.

La forme annulaire que présentaient les ulcérations de l'intestin grêle a été notée par M. *Louis* comme la troisième en fréquence, les petites ulcérations, disséminées irrégulièrement sur la muqueuse venant les premières, et celles par plaques venant après. La diarrhée, chez cette malade, s'accompagna toujours de coliques. Les coliques ne sont certainement pas rares chez les phthisiques affectés de diarrhée, et l'observation VII nous en a déjà fourni un exemple; mais ici ces coliques avaient un caractère particulier, en ce que le décubitus dorsal les rendait plus vives. Cette différence ne tiendrait-elle pas à la différence de forme des ulcérations dans les deux cas? Dans celles en anneau, en effet, la membrane muqueuse intestinale, et souvent la musculaire, sont complètement détruites de distance en distance et dans toute leur largeur, ce qui doit affaiblir singulièrement l'intestin; résultat que n'ont pas les ulcérations d'autres formes, qui n'empêchent pas la muqueuse de se continuer d'un bout à l'autre du tube digestif dans les intervalles qu'elles laissent entre elles. Les coliques alors dépendraient, non du passage des matières, qui, dans les deux cas, ne doivent pas affecter la muqueuse d'une manière différente sensible, mais bien du mouvement péristaltique qu'occasione leur présence; de là, l'exacerbation des douleurs dans le décubitus dorsal, position dans laquelle les intestins tendent à s'écarter les uns des autres, le paquet qu'ils forment s'aplatissant; et cette extension du tube intestinal ne pouvait s'opérer sans le tiraillement des anneaux ulcérés.

X^e. OBSERVATION.

Aphonie presque complète. Diarrhée. Coliques. Exaspération subite de celles-ci. Ulcération dans le larynx. Ulcérations annulaires des intestins. Perforation du colon. Épanchement dans le péritoine. Péritonite aiguë.

Jeanne-Marie Millat, blanchisseuse, âgée de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'Hôtel-Dieu (salle des 4 rangs, n°. 139), le 4 janvier 1832, accusant un an de maladie. Cette fille, réglée à l'âge de quatorze ans, avait eu, pendant son enfance, beaucoup de glandes au cou. Un cautère lui avait été appliqué à la cuisse; supprimé après l'apparition des règles, il fut rétabli peu de jours avant son admission à l'hospice. Un an environ avant cette époque, elle se mouilla presque en entier un jour qu'elle avait ses règles; celles-ci, qui jusqu'alors avaient toujours été très-bien, se supprimèrent pour ne reparaître jamais. Le jour même de cet accident, elle ressentit dans la poitrine un froid glacial qui dura assez long-temps, et presque en même temps se manifesta une toux qui depuis ne cessa jamais; elle ne tarda pas à s'accompagner de crachats, qui ne furent jamais sanguins, ni même épais et jaunâtres. Des points de côté se firent sentir fréquemment, à peu près également à droite et à gauche, mais plus particulièrement entre les épaules. A la même époque, le gosier devint le siége d'une douleur constante, et la voix commença à s'affaiblir d'une manière sensible. Au huitième mois de la maladie environ, le dévoiement se joignit aux autres symptômes, et depuis s'accompagna fréquemment de coliques et de douleurs, qui se prolongeaient jusque dans le bassin. Enfin la malade entra à l'Hôtel-Dieu après avoir eu deux fois des sangsues aux cuisses, qui chaque fois procurèrent un peu de soulagement, mais un soulagement pas-

sager. Lorsque nous la vîmes pour la première fois, elle était dans l'état suivant :

Amaigrissement extrême, teinte pâle de la face, les pommettes saillantes et les yeux enfoncés dans leurs orbites ; dyspnée médiocre, toux fréquente, revenant par quintes, surtout la nuit ; crachats séreux aérés ; aphonie presque absolue. La percussion rendait un son beaucoup plus mat sous la clavicule gauche que sous la droite ; sous la gauche, il y avait absence complète de bruit respiratoire, sans pectoriloquie ni gargouillement; sous la droite, un peu de respiration tubaire, et une pectoriloquie très-franche dans un endroit très-circonscrit, immédiatement sous l'os. Plus bas, il y avait absence de bruit respiratoire; nulle part il n'y avait de gargouillement. La malade était déjà tellement faible, qu'on ne put qu'avec peine la soulever pour l'ausculter par derrière; cependant on constata du souffle tubaire et de la pectoriloquie dans la fosse sus-épineuse droite. Il y avait trois à quatre selles par jour ; elles s'accompagnaient de coliques. Le pouls était petit et fréquent ; le sommeil, presque nul, était agité par des rêves ; les forces étaient complètement nulles; il y avait un peu d'œdème autour des malléoles, et une escharre au sacrum. Cette malade fut mise à l'usage du lait de vache, mais bientôt elle ne put le digérer, elle le vomissait tout caillé : on le supprima, pour lui donner des bouillons de grenouilles. Son état allait toujours en empirant. Le 17 janvier au matin, elle se plaignit de douleurs atroces dans le ventre, survenues subitement pendant la nuit : ces douleurs s'exaspéraient à la plus légère pression. Le pouls était petit, la peau couverte d'une sueur froide et visqueuse. On crut que ce n'était qu'une exaspération des coliques habituelles. Quelques heures après la visite, elle n'existait déjà plus.

Autopsie cadavérique faite le 18 *janvier.* Demi-marasme ; infiltration des extrémités inférieures. Adhérences du poumon droit à la plèvre, au sommet, par de fausses membranes très-épaisses, et à la base par d'autres membranes larges et transparentes, difficiles à rompre ; le

poumon gauche n'adhérait à la plèvre que dans un point, vers le sommet; dans le reste de son étendue, il en était séparé par de la sérosité sanguinolente.

Au sommet du poumon droit existaient deux petites cavités de la capacité d'une amande, pleines d'un pus crêmeux; elles étaient formées par des parois épaisses, noirâtres, dures, tapissées par une petite membrane molle et blanchâtre, s'enlevant en bouillie sur le dos du scalpel, et laissant voir alors les parois tapissées de granulations tuberculeuses. Le reste du lobe supérieur était farci de tubercules, dont quelques-uns, lorsqu'on essayait de les écraser entre les doigts, se réduisaient en un gravier très-dur, à angles très-aigus, et sur lequel les doigts ne pouvaient plus rien. Le lobe moyen en présentait encore quelques-uns, mais en petit nombre. Le lobe inférieur en était complètement libre. Leur parenchyme à tous les deux était fortement engoué; celui du lobe inférieur seul était encore crépitant. Dans le lobe inférieur du poumon gauche, on trouva aussi quelques tubercules ayant la consistance de graviers; du reste, son parenchyme, encore crépitant, était engoué, et laissait couler à l'incision une sérosité spumeuse abondante.

Dans le larynx était une petite ulcération inégale, à fond grisâtre, située à l'extrémité postérieure de la corde vocale gauche. La face inférieure de l'épiglotte était rugueuse et inégale, comme couverte d'une infinité de petites ulcérations. La muqueuse bronchique, engouée dans toute son étendue d'un mucus purulent, était rouge. Le cœur et ses annexes étaient sains.

A peine la paroi antérieure de la poitrine eut été enlevée, qu'on fut frappé de la vive rougeur de l'épiploon qui recouvrait le paquet intestinal; son tissu était ramolli. Après l'avoir soulevé, on découvrit une sérosité citrine assez abondante dans la cavité de l'épiploon gastro-hépatique, et un épanchement d'un liquide jaunâtre épais, purulent, sans odeur, dans les fosses iliaques et le bassin. Un grand ver lombric, de huit pouces au moins de longueur, était étendu en travers

sur le paquet intestinal, dont toutes les anses adhéraient entre elles. La première chose qu'on rechercha fut le point par où le ver avait pu sortir de l'intestin, et l'on découvrit bientôt une ouverture de la largeur d'une pièce de vingt-cinq centimes, par où s'échappait un liquide analogue à celui qui remplissait le petit bassin : elle était située au côté antérieur du colon ascendant, à deux pouces au-dessus du cœcum; ses bords, épais et inégaux, étaient renversés du côté de la cavité du péritoine.

L'estomac était dilaté par des gaz; sa muqueuse, d'une teinte marbrée dans le grand cul-de-sac, grisâtre dans le reste de son étendue, était partout ramollie. Le duodénum et la partie supérieure de l'intestin grêle étaient sains : les deux tiers inférieurs de celui-ci présentaient des ulcérations en forme de bandes circulaires, entourant l'intestin comme un anneau, correspondant à des bandes circulaires noirâtres situées à l'extérieur, et séparées les unes des autres par deux ou trois pouces d'intervalle au plus. Ces ulcérations, à bords rugueux, présentaient dans leur fond une matière pulpeuse, jaunâtre, évidemment tuberculeuse; en râclant cette matière, on arrivait jusqu'à la séreuse. La muqueuse située dans les intervalles des zones était villeuse, jaunâtre, non ramollie. Le cœcum était criblé d'ulcérations dans toute sa face interne; elles étaient noirâtres, à bords rugueux, et contenaient aussi beaucoup de matière tuberculeuse. Enfin, le gros intestin, outre la perforation décrite ci-dessus, offrait beaucoup d'ulcérations, dont la forme était arrondie, inégale, la plupart saignantes; on en observa également dans le rectum. On ne retrouva pas d'autres lombrics. Le mésentère était plein de tubercules gros comme des pois, agglomérés ensemble, pulpeux dans leur intérieur, quoique encore assez fermes. La dépression qui les logeait était tapissée par une membrane d'apparence séreuse.

M. *Louis* cite un cas (obs. IV, p. 88) dans lequel il trouva aussi

une perforation de l'intestin grêle, et un verre de pus à peu près dans le bassin, entre la vessie et le rectum; mais comme ce pus ne présentait pas les caractères de celui qu'on observe ordinairement dans les épanchemens abdominaux, il douta que la perforation eût existé sur le vivant, et pensa que c'était une déchirure faite pendant l'autopsie. Ici, pas le moindre sujet de doute! une douleur vive et subite se fait sentir dans le ventre peu de temps avant la mort; elle est suivie de tous les signes d'une péritonite aiguë, et, à l'autopsie, on trouve un grand ver lombric étendu transversalement sur les intestins, avant même que l'on eût touché à ceux-ci. Que faut-il de plus pour démontrer que la perforation a eu lieu pendant la vie? D'ailleurs ce fait n'a rien de bien extraordinaire, et l'anatomie pathologique de M. *Andral* fait foi que c'est souvent par des perforations semblables que sont causées les péritonites qui entraînent les phthisiques au tombeau. Je ne pense pas qu'il soit utile de prouver que le ver lombric trouvé dans la cavité du péritoine n'a pu être pour rien dans la production de cette perforation, aucun fait n'autorsisant à penser que ces vers puissent en produire une eux-mêmes; mais il a trouvé le passage ouvert par une perforation déjà existante, et il a passé, peut-être même a-t-il été entraîné par les matières qui se sont épanchées dans l'abdomen. . . .

Me voici arrivé au terme des observations que je voulais soumettre à l'appréciation de mes juges ; ce ne sont certainement pas toutes celles que je possède sur ce sujet, mais à quoi m'eût servi d'en citer davantage : je n'en avais pas qui pussent présenter la maladie sous une face nouvelle ; d'autres n'eussent été que la répétition des mêmes cas, et dès-lors eussent allongé inutilement un travail dont l'étendue n'est peut-être déjà que trop grande.

Un reproche me sera fait sans doute de ne m'être occupé, dans les réflexions dont j'ai cru devoir faire suivre les faits que je racontais, que de démontrer le rapport existant entre les symptômes observés pendant la vie, et les lésions trouvées après la mort, et d'être arrivé au terme de ma dissertation sans avoir pu dire un mot sur le traitement. Mais dans la position où je me trouvais, était-il possible de faire autrement? ne voyant des phthisiques qu'à l'hospice, où ils n'arrivaient qu'après six mois ou un an de maladie, j'étais, par ma position même, condamné à n'assister en quelque sorte qu'à leur agonie, et alors quel traitement pouvait-on leur appliquer, sinon un traitement palliatif et banal, dont l'effet était souvent nul? Tel est l'inconvénient de la médecine des pauvres! Bien plus heureux, le médecin répandu dans les hautes classes de la société! N'ayant pour cliens que des personnes soigneuses de leur santé, et que le premier malaise inquiète, il doit être souvent à même de reconnaître, sinon à son début, du moins peu après sa naissance, une maladie dont les premiers symptômes sont si insidieux, et frappent si peu l'attention de ses victimes, surtout dans les basses classes, que souvent elles n'ont pas encore daigné implorer les secours de l'art, que déjà le moment propice pour espérer une guérison est passé sans retour. Que de chances n'aura-t-il pas, s'il a porté son diagnostic de bonne heure, et si d'ailleurs la fortune permet à ses malades de suivre tous ses conseils, quels qu'ils soient! que de chances n'aura-t-il pas, dis-je, pour espérer un succès heureux des médications qu'il sera porté à em-

ployer ! Et n'est-ce pas dans sa pratique civile que *Laennec* a puisé tous les cas de guérison qu'il cite dans son ouvrage !

Je me résume en récapitulant, en quelques propositions aussi brèves que possible, les points principaux de l'histoire de la phthisie, me fondant, non plus seulement sur les observations que j'ai citées, mais aussi sur les résultats des recherches de tous les auteurs dont les travaux ont jeté un si grand jour sur cette partie de la science.

PROPOSITIONS.

I.

Quelle que soit la nature du travail qui préside à la formation des tubercules pulmonaires, on ne peut pas dire que ceux-ci soient le résultat d'une pneumonie, d'une pleurésie, ni d'une bronchite.

II.

Une hémoptysie violente non supplémentaire d'une hémorrhagie périodique, et qui n'est pas produite par une contusion ou une plaie du thorax, ni par une gangrène du poumon, n'indique pas essentiellement l'existence de tubercules dans les poumons, mais elle est une forte présomption pour croire le sujet qui en est atteint ou déjà phthisique ou fortement prédisposé à le devenir.

III.

Le gargouillement circonscrit ne prouve l'existence d'une caverne pulmonaire que lorsqu'il est joint à une pectoriloquie franche dans le même point. Lorsqu'il s'entend dans tout un côté de la poitrine, fût-il même joint à une résonnance de la voix analogue à la pectoriloquie, il n'indique plus que la stase du mucus dans les rameaux bronchiques, et dans quelques cas la dilatation de ceux-ci.

IV.

Une caverne, même très-petite, fournit d'autant mieux la pectoriloquie que ses parois sont plus denses et plus résistantes.

V.

Le tintement métallique peut avoir lieu dans deux cas : 1°. un hydro-pneumothorax, 2°. une caverne pleine d'air et de pus. Dans le premier cas, il s'accompagne d'une respiration amphorique et d'une sonoréité du côté malade plus grande que du côté sain, symptômes qui n'existent pas dans le deuxième cas.

VI.

Les crachats des phthisiques ne fournissent de signes diagnostiques à peu près certains que dans un seul cas, c'est lorsqu'ils ont une forme arrondie qu'ils conservent dans le crachoir ; alors seulement ils prouvent l'existence d'une caverne pulmonaire; et encore y a-t-il quelques exceptions bien avérées à cette règle, mais elles sont rares.

VII.

Les douleurs de poitrine chez les phthisiques sont dues, dans la presque universalité des cas, à des pleurésies dont les adhérences sont la suite. Celles-ci sont d'autant plus épaisses et plus consistantes que les premières ont été plus intenses et plus opiniâtres. Leur fréquence rend raison de la rareté des épanchemens pleurétiques.

VIII.

Il n'y a pas de phthisie laryngée indépendante de la phthisie pulmonaire.

IX.

Les vomissemens opiniâtres et les douleurs épigastriques dont sont si souvent affectés les phthisiques, sont dus, dans la presque totalité

des cas, à un ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac. Ce ramollissement paraît devoir être attribué le plus souvent à une inflammation chronique de ce viscère.

X.

Les diarrhées des phthisiques sont presque toujours dues à des ulcérations intestinales. Lorsqu'on ne rencontre que des rougeurs dans le tube digestif, assez ordinairement la diarrhée n'a eu lieu que dans les derniers jours; ou bien elle n'a pas été régulière dans son cours, et a présenté de fréquentes interruptions.

XI.

Les moyens hygiéniques et thérapeutiques conseillés contre la phthisie ne peuvent, même lorsqu'ils ont le plus de succès, que prévenir le renouvellement de nouveaux tubercules, et non faire rester stationnaires ceux qui existent déjà; car tout tubercule doit être considéré comme un corps étranger qui sera nécessairement tôt ou tard expulsé au dehors.

XII.

Lors même qu'on aurait constaté chez un individu la cicatrisation d'une caverne pulmonaire, il ne faut pas cependant croire la phthisie complètement guérie; car rien ne prouve qu'il n'y ait pas encore d'autres tubercules dans les poumons.

FIN.